

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, EL TRASTORNO DE ATRACONES Y OBESIDAD

Monje Valverde, Fernando

García Navarro, David

Hoy vamos a hablar de un problema que es más habitual de lo que parece y que día tras día me encuentro con más pacientes que lo padecen. Os hablo de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) y más concretamente de los Trastornos de Atracónes (TA), el cual es un gran problema físico y psicológico para la sociedad hoy en día y por ende su estudio se hace fundamental para conocer cómo éste les afecta a las personas, obteniendo de esta manera un tratamiento eficaz contra dicha patología. A continuación, se procede a la explicación detallada de lo que son los TCA y sus tipos, destacando el TA.

Hablamos de una alteración persistente en la alimentación. Ello da lugar a un deterioro de la salud física y psicológica. Dentro del mismo se clasifican varios tipos, siendo el trastorno de atracones (TA) el que sea va tratar en profundidad en este documento, el cuál es un síndrome clínico codificado como diagnóstico autónomo en la DSM-5. Las personas que padecen dicho trastorno muestran significativamente menor calidad de vida y una alta angustia psicológica comparada la población obesa sin este trastorno. El tratamiento de este trastorno es complejo debido a razones clínicas y psicológicas, pero también a un alto abandono y poca estabilidad de los objetivos alcanzados. La finalidad de este artículo (revisión) es explorar los datos disponibles sobre este tema, profundizando el estado la técnica en ambos diagnósticos con la finalidad de mostrar estrategias para el tratamiento efectivo.

Para este fin, hacemos uso de un elemento conocido como **DSM-5**, el cuales la 5ª edición del manual de diagnóstico de los trastornos mentales. Éste no incluye a la obesidad como tal, si bien, se asocia con frecuencia con este tipo de trastornos (Ej: el trastorno de atracones, ansiedad, depresión,...). Además, muchos psicofármacos pueden contribuir a su desarrollo.

¿Cómo podemos identificar un Trastorno de atracones?

A través de (Jáuregui I.; 2006 y 2008):

- Presencia de atracones, derivados o asociados con tres (o más) de estos apartados:
 - 1) Comer más rápido de lo normal
 - 2) Comer hasta sentirte inconfortablemente lleno
 - 3) Comer mucho sin sentir hambre
 - 4) Comer en solitario, sintiendo vergüenza al hacerlo en público
 - 5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresivo o culpable
- Malestar intenso respecto a los atracones.
- Los atracones ocurren, de media, al menos 1 vez por semana.
- Los atracones no están asociados con la BN y no aparecen en su transcurso.
- Generalmente suelen estar compuestos de alimentos muy calóricos.
- Se presentan graves distorsiones perceptivas con respecto al propio cuerpo así como miedo a engordar y reducción o alteración de la ingesta.
- Frecuentemente, estos atracones suelen aparecer en personas que padecen mucho estrés y/o que han realizado una dieta muy estricta con anterioridad (Ejemplo: Dieta Día Libre). Liberan su estrés de esa forma aunque después se arrepienten por ello.
- **La mayoría de personas obesas no presentan TA y, en diversos estudios, se ha visto que tienen menor ingesta calórica con igual peso que las personas obesas con TA.**
- La prevalencia de TA en Adultos de más de 18 años es del **1,6 % y 0,8 %; en mujeres y hombres** respectivamente. Esto nos da a entender que este trastorno es más común en el género femenino. Sin embargo, en los últimos años vemos que también ha aumentado en hombres, lo cual nos alerta de que en la actualidad es un problema real para ambos sexos. En consecuencia, todos debemos reconocerla y darle la importancia que tiene.

El trastorno por atracones parece ser el más común de los TCA en los hombres, con una prevalencia casi equivalente a la de las mujeres entre las muestras de adultos según los criterios del **DSM-4**. Los criterios actuales del DSM-5 para el TA requieren que los episodios de atracones objetivos deban ocurrir con una frecuencia mínima de una vez por semana durante 3 meses. Estos criterios son una reducción en la frecuencia del DSM-IV, que requería episodios dos veces por semana, por lo que es razonable concluir que **el número de hombres con TA aumenta sistemáticamente con la puesta en escena de la DSM-5**. Entre los adolescentes de la escuela secundaria, el 6,0% de los estudiantes varones (frente al 16,6% de las mujeres) participaron en atracones objetivos al menos 1 vez a la semana durante el último mes. En esta muestra, el 3,4% de los niños (frente al 12,3% de las niñas) en una encuesta de la escuela secundaria a nivel de población informaron al menos episodios semanales de atracones subjetivos. En conjunto, es

posible que los hombres respalden menos conductas de atracones pero por lo aquí descrito no es conveniente pasarlo por alto (Gorrell, S., & Murray, S. B., 2019).

- En BN (Bulimia Nerviosa), tras la dieta se suceden los atracones. En TA pasa justo al contrario, es decir, primero se produce el atracón y luego intentan compensar restringiendo la ingesta.
- Hay muchas familias (la mayoría en los países industrializados) que no conocen bien el TA en sí. Esto suele provocar una serie de problemas como el de adaptación social y calidad de vida, aumento de morbilidad médica, mayor uso de servicios de salud y más obesidad, entre otros más. Esto nos lleva a la importancia que tenemos actualmente en la sociedad para evitarlo, por lo que se intentará con este artículo dar a conocer el trastorno y poner así todos los remedios que estén al alcance de nuestra mano.

Los trastornos de atracones pueden especificarse según la frecuencia de los mismos:

Remisión parcial	Los atracones se producen con una frecuencia media inferior a 1 episodio semanal durante un período continuado.
Remisión total	Después de los TA no se ha cumplido ninguno de los criterios descritos anteriormente durante un tiempo determinado.

A continuación se explica en la siguiente tabla el nivel de gravedad de los atracones dados según el nº de los mismos en 1 semana:

Gravedad mínima	Leve	1-3 atracones a la semana
	Moderado	4-7 atracones a la semana
	Grave	8-13 atracones a la semana
	Extremo	14 o más atracones a la semana

Por último, el diagnóstico diferencial de los TA debe establecerse con:

	Enfermedades	Observaciones
Diagnóstico diferencial	BN	En el TA no hay conductas compensatorias (sin restricciones). Hay intentos de hacer dieta, con una mejoría notable al aplicar el tratamiento.
	Obesidad	Hay mayor componente relacionado con la imagen corporal en el TA.
	Trastorno bipolar	-
	Trastorno depresivo	-
	Trastorno límite de personalidad	-

En la actualidad, además de los TCA ya comentados, se observa un incremento de patologías severas e igual de importantes como la **hipertensión, diabetes u obesidad (aquí tratada)**. Fundamentalmente se deben a factores genéticos, pero cada vez están más relacionadas con la degeneración de los hábitos alimentarios y la tendencia al sedentarismo (negativa). Una consecuencia de dicha alteración es lo que se ha denominado “obesidad epidémica”, definida así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al considerarse la primera epidemia no vírica en el siglo XXI, siendo la prevalencia en la población adulta española del 14,5% (13,9 % en niños/as) para la obesidad y 38,5% (26,3 % en niños/as) para el sobrepeso. Todo esto según datos del *Estudio enKid (1998-2000)* realizado en los estudios de *Ríos P.B. en 2009*.

Es importante, además, recordar que es en dicha etapa cuando se adquieren los hábitos nutricionales que van a permanecer durante toda la vida. Es por ello que el papel de la educación nutricional, basada en la certeza de cambiar los patrones y actitudes alimentarios actuales hacia otros más saludables tendría una gran influencia en la disminución de la prevalencia de dichas enfermedades, todas ellas muy relacionadas con la alimentación.

La obesidad lleva consigo una serie de complicaciones que la convierten en una **patología crónica**, que no solo presenta una mayor **mortalidad** sino también una mayor **comorbilidad**, en relación a su gravedad (a mayor IMC mayores complicaciones) y a su distribución (más elevada con la distribución central que con la periférica). Según el nivel de las comorbilidades podemos detectar distintos tipos de patologías asociadas (*Cabrerizo L. et al.; 2008*).

Comorbilidades mayores: dentro de ésta tenemos la diabetes mellitus tipo II, el síndrome de hipoventilación-obesidad, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de neoplasias (endometrio, mama, hígado,...) y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga.

Comorbilidades menores: caben destacar la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, la colelitiasis, el hígado graso, la infertilidad, el síndrome de ovarios poliquísticos, la incontinencia urinaria, la nefrolitiasis, otros tipos de cáncer (esófago, colon-recto, próstata, vesícula biliar), la insuficiencia venosa, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca congestiva, ciertos tipos de demencias y la hipertensión endocraneal.

Por todo lo aquí explicado, es fundamental el estudio completo de los trastornos de conducta alimentaria así como de la obesidad a fin de poder lograr una cura eficaz, mitigando de esta forma su expansión por todo el mundo y haciendo ver a las personas la importancia de seguir unos buenos hábitos de vida, una buena alimentación y la práctica de ejercicio físico.

EVALUACIÓN DE LOS TCA Y OBESIDAD

Una vez explicada la introducción, en este apartado se expondrán las distintas evaluaciones a considerar para el correcto tratamiento tanto de los TCA como de la obesidad. Éstas a su vez se dividen en 4 tipos: médica, psicológica-psicopatológica, nutricional y neuropsicología.

- **EVALUACIÓN MÉDICA**

Debe comenzar por una completa entrevista y exploración física del paciente. Mediante ella se trata de recoger los síntomas y signos que puedan estar presentes. Algunos de ellos son:

Bucofaríngeo: traumatismos orales, erosiones dentales y caries, regurgitaciones, etc.

Cardiorrespiratorio: dolor precordial, palpitaciones, arritmias, etc.

Gastrointestinal: molestias epigástricas, saciedad inmediata, hemorroides, estreñimiento, etc.

Endocrino: amenorrea, pérdida de libido, osteoporosis, infertilidad, etc.

Síntomas psicopatológicos: convulsiones, pérdida de memoria, insomnio, ansiedad, etc.

Piel y anejos: lanugo, pérdida de cabello, descoloración amarillenta de la piel, etc.

A fin de lograr esta evaluación al completo, se hacen uso de las siguientes pruebas:

Diagnóstico precoz: para realizarlo se observa la pérdida o ganancia abrupta de peso, el fallo para alcanzar la ganancia de peso/estatura en un niño y adolescente, exceso de ejercicio y la historia de conductas compensatorias para influenciar su peso después de una comida.

Exploración física: se revisarán la presión arterial, IMC, temperatura, estatura, peso, etc. Hay que buscar las condiciones asociadas al aumento de peso, obtener el IMC (índice de masa corporal, cuyo rango de normo-peso oscila entre 18-25 kg/m²) y del perímetro abdominal, que se modifica fácilmente con sólo una reducción de un 5-10% de peso y se debe medir rutinariamente. Un IMC > 30 está asociado con enfermedades cardiovasculares.

Pruebas de laboratorio: deben contemplarse el hemograma completo y perfil metabólico.

Pruebas de imagen: conocer la densidad mineral ósea y pruebas radiológicas convencionales.

Obesidad: se debe contemplar la historia del paciente detallada, los medicamentos contribuyentes a la ganancia de peso y la evaluación de la motivación para la pérdida de peso a través de la buena comunicación médico-paciente, preguntar por el peso de la infancia y al nacer, la raza del paciente y su situación social, las posibles afecciones coexistentes relacionadas con la obesidad y finalmente los trastornos reproductivos.

La obesidad debería determinarse más por el **perímetro abdominal** que por el IMC ya que éste último mide la grasa corporal total mientras que el primero mide la grasa visceral, más asociada al riesgo de sufrir enfermedades severas como la diabetes o cáncer, entre otras (Amigo I, Fernández C., 2013).

Valor del perímetro abdominal		
Países latinoamericanos y asiáticos	< 90 cm en hombres	< 80 cm en mujeres
Europa	< 94 cm en hombres	< 80 cm en mujeres

- **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

La psicología en ciencia (neurociencia) representa la integración teórico-práctica de todas las disciplinas relacionadas con la actividad humana, fundamentalmente porque la conducta humana es la manifestación de los procesos mentales, que a su vez se producen por los procesos cerebrales. Sus investigaciones generan el material teórico para la práctica educativa. Un mayor conocimiento de las bases neurofisiológicas del Sistema Nervioso Central ayuda a encontrar los mecanismos de mejora del aprendizaje para su posterior transformación en teorías, paradigmas, corrientes y estrategias didácticas. Una de las teorías neurocientíficas clásicas en plena vigencia que ha demostrado su utilidad práctica en el ámbito educativo es la **teoría del Cerebro Total, de Herrmann**. Esta teoría conceptualiza al cerebro como el órgano dividido en partes e integrado en un todo al mismo tiempo, que permite así entender mejor el comportamiento humano y modificarlo de una manera óptima. El docente necesita de descubrimientos neurocientíficos para mejorar su comprensión del proceso de aprendizaje y perfeccionar sus capacidades de enseñanza mediante nuevas estrategias (Sindeev, A. 2018).

Consta de dos partes: evaluación diagnóstica de los TCA y del TA en sí.

Evaluación diagnóstica de los TCA: basada en la entrevista clínica, que se complementa con las exploraciones física, psicopatología y conductual; respectivamente. Para su medición se hace uso de diversa instrumentación (específica para evaluar los TCA según las Tablas adjuntas a continuación y recomendados en consenso en 2015 por el US National Human Genome Research Institute y el National Institute of Health).

En cuanto a entrevistas, la recomendación es usar la **Eating Disorder Examination (EDE)**, en su Edición actual nº 17. Derivado de dicha entrevista es el Cuestionario Examen de TCA (EDE-Q). Por su parte, el EDI-3 presenta 3 subescalas (impulso a adelgazar, bulimia e insatisfacción corporal) y nueve que evalúan psicopatologías y factores etiológicos.

TABLA III (Instrumentos de evaluación específicos para TCA)	
Cuestionario Examen de TCA (EDE-Q)	Cuestionario autoadministrativo derivado de la entrevista EDE, que contiene tres subescalas (restricción, preocupación por el peso y por la figura).
Eating Attitudes Test (EAT)	Test que evalúa conductas alimentarias anómalas. Es una prueba de cribado de TCA. Es un instrumento de detección.
Inventario para trastornos de alimentación (EDI-3 versión actual)	Es un instrumento auto-aplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y BN (TCA en general). Incorpora 3 escalas de validez como la inconsistencia, infrecuencia e impresión negativa.
Sick, Control, One, Fat and Food questionnaire (SCOFF)	Instrumento de cribado de TCA
Test de Bulimia (BULIT)	Es un instrumento de cribado para bulimia nerviosa.
Test de investigación de bulimia de Edimburgo (BITE)	Cuestionario autoadministrado diseñado para identificar personas con BN o TA. Se realiza en tan sólo 10 minutos.

- Fairburn y Beglin, 1993 (versión española de Villaroel y cols., 2011).
- Garner y Garfinkel, 1979 (versiones españolas de Castro y cols., 1991; Gandarillas y cols., 2003; Gracia y cols., 2008).
- Vandereycken, 1992.
- Garner y cols., 1983 (EDI-3, adaptación española de Elosúa y cols., 2010).
- Morgan y cols., 1999 (versión española de García-Campayo y cols., 2004).
- Smith y Thelen, 1984 (versión española de Vázquez y cols., 2007).
- Henderson y Freeman, 1987 (versión española de Rivas y cols., 2004).

TABLA IV (Evaluación de variables relacionadas con los TCA)	
Cuestionario de actitud corporal (BAT)	Evalúa un aspecto subjetivo de la imagen corporal y la alteración de las actitudes hacia el cuerpo.
Cuestionario sobre forma corporal (BSQ)	Evalúa insatisfacción corporal, miedo a engordar, autodesvalorización por la apariencia física, deseo de perder peso y la evitación de situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los demás.
Escala de aprecio corporal (BAS)	Evalúa aspectos positivos de la imagen corporal.

- Probst, 1995 (versión española de Gila y cols., 1999).
- Cooper y cols., 1987 (versión española de Raich y cols., 1996).
- Avalos y cols., 2005 (versión española de Jáuregui-Lobera y Bolaños, 2011).
- Cash y Fleming, 2002 (versión española de Jáuregui-Lobera y Bolaños, 2011).

TABLA V (Evaluación psicopatológica de los TCA)	
Cuestionario TSF (TSF-Q en su versión española)	Mide la distorsión cognitiva específica fusión pensamiento-forma. Se divide en tres componentes: TSF-probabilidad, TSF-moral y TSF-sentimiento. El TSF-Q comprende 2 subescalas: conceptual e interpretativa.
Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)	Evalúa impulsividad, es una escala autoaplicada.
Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMII-IV)	Evalúa personalidad y diversos síndromes clínicos.
Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)	Autoaplicado, evalúa ansiedad como estado y como rasgo latente.
Inventario de depresión de Beck (BDI)	Autoaplicado, evalúa síntomas depresivos.
Listado de síntomas breves (LSB-50)	Identifica y valora síntomas psicológicos y psicósomáticos en adultos.

- Shafran et al., 1996 (versión española de Jáuregui-Lobera y cols., 2012).
- Patton y cols., 1995 (versión española de Oquendo, 2001).
- Goodman y cols., 1989 (versión española de Sal y cols., 2002).
- Millon y cols., 2015 (adaptación española de Sánchez y Cardenal, 2018).
- Spielberger y cols., 1975 (adaptación española de Buela-Casal y cols., 2015).
- Beck y cols., 1961 (versión española de Conde y Useros, 1975).
- de Rivera y Abuín, 2018.

A modo de ejemplo de esta sección y de carácter general, se ha considerado útil el mostrar en este artículo un **método** en el cuál se analiza la presencia de alteraciones alimentarias y la influencia que sobre ellas puede tener el grado de insatisfacción corporal entre los adolescentes en Sevilla, uno de los grupos de población más propensos a padecerlas.

Dicho método se hizo aplicando el Eating Attitudes Test-40 (EAT40), el Sick Control On Fat Food (SCOFF) y la subescala de insatisfacción corporal (BD) del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2) a 841 estudiantes, de 12 a 19 años. Se analizaron las conductas alimentarias de riesgo, se estudiaron las diferencias en función del sexo y la edad y se analizó la relación de dichas conductas con el grado de insatisfacción corporal.

Los **resultados obtenidos** fueron los siguientes:

El 21,29% tuvo puntuaciones significativas en el SCOFF y el 7,13% en el EAT-40.

Por sexos, hubo diferencias significativas (13,93% y 3,23% en SCOFF y EAT-40 para los varones y 29,38% y 10,70% para las mujeres). Con respecto a estos datos, se observa un mayor riesgo en las mujeres que en los varones.

Se observó una mayor insatisfacción corporal en las chicas de 12 a 17 años, si bien la diferencia entre chicas y chicos, en alteraciones alimentarias, se centra en los 14-16 años. Ésta correlacionó positiva y significativamente con el Índice de Masa Corporal, EAT-40 y SCOFF.

Para implantar programas de prevención primaria en la población adolescente, es necesario conocer las conductas alimentarias de riesgo y el grado de insatisfacción corporal, para poder plantear específicamente las intervenciones a llevar a cabo, involucrando al profesorado como agente primario de trabajo en el contexto escolar (*Jáuregui Lobera I. et al., 2009*).

EVALUACIÓN DEL TA:

De cara a ella, se recomienda explorar de forma adicional las conductas relacionadas con las emociones y la ingesta para llevar a cabo un estudio de aquellas variables psicológicas que nos llevan a la conducta compulsiva. Algunos instrumentos a recordar para llevar a cabo esta evaluación de forma eficiente son (*Baile Ayensa J.; 2016*):

- **Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ)**

Hace un recorrido de forma flexible por distintas emociones y situaciones que alteran el patrón alimentario. Ayuda a la toma de consciencia sobre la actuación ante las mismas (*Nolan L.J. et al.; 2010*).

- **Irrational Food Believes Scale (IFBS)**

Presenta una compilación de mitos o creencias erróneas relacionados con la psicología, nutrición y actividad que permite evaluar de forma global su presencia en la persona (*Lobera I. J. & Bolaños P.; 2010*).

- **Food Craving Inventory (FCI)**

Se trata de un inventario de alimentos (preferentemente palatables) con los cuales se evalúa su **grado de palatabilidad**, que no es más que el intenso deseo de consumir un alimento concreto, resultando difícil de resistirse a ello (*Lobera I. J. et al.; 2010*).

TRATAMIENTO DE LOS TCA Y OBESIDAD

Después de las evaluaciones oportunas, ya podemos proseguir al estudio completo del tratamiento tanto de los TCA como de la obesidad, ambos de vital importancia actualmente.

Martín G. H. en su estudio de 2017 sugirió que el tratamiento a elaborar ha de ser interdisciplinar y éste puede realizarse en diferentes contextos asistenciales (ambulatorio, unidad de día, ingreso hospitalario, etc.), siendo los objetivos principales:

- Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional a un nivel saludable.
- Tratar las complicaciones físicas que pueda haber.
- Proporcionar educación nutricional (paciente y familia).
- Abordar las disfunciones previas o adquiridas a consecuencia de los TCA.
- Minimizar los atracones y purgas, y tratar la comorbilidad presente.
- Asesoramiento familiar.
- Prevenir recaídas planificando adecuadas estrategias de afrontamiento de las situaciones de riesgo.
- Tratamiento en los casos de TCA crónicos así como en situaciones especiales (embarazo y parto).

En el caso de la **obesidad**, igualmente se precisa un tratamiento interdisciplinar ya que los pacientes requieren de unas medidas terapéuticas como en los TCA.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS TCA Y OBESIDAD

En **TCA**, aunque hay evidencias sobradas de la importancia del tratamiento nutricional y de la educación nutricional (mencionados anteriormente), por supuesto que se exige también un **tratamiento médico** de las complicaciones que puedan surgir a manos de un especialista en el área de trabajo oportuna. Este tratamiento se compone del tratamiento psicofarmacológico y farmacológico, los cuáles se exponen en los siguientes puntos tanto para TCA como obesidad.

Tratamiento farmacológico/psicofarmacológico de la obesidad

Tendría que ser el mismo con un fármaco ideal anti-obesidad, cuyas características serían:

- a) Exento de riesgos
- b) Carecer de potencial adictivo
- c) Permitir al individuo mantener la reducción de peso conseguida

Durante muchos años se han usado **tratamientos hormonales con gonadotropina coriónica (HCG)**, que no logran una disminución de peso mayor que con un correcto tratamiento dietético; y con hormonas tiroideas, indicadas sólo si hay hipotiroidismo asociado.

Además de lo anterior, también se han empleado estimulantes como la efedrina que inducen lipólisis. Sin embargo, no se utilizan en la actualidad por sus enormes efectos secundarios.

También se han recurrido a fármacos anorexígenos de acción central tipo anfetamina, igualmente con muchos efectos secundarios y, por esta razón, se retiraron del mercado.

El orlistat es el único fármaco contra la obesidad comercializado actualmente en España.

Derivado de lipstatina y producida por *Streptomyces Toxytricini*, que actúa como inhibidor de las lipasas gastrointestinales, lo que reduce un 30% la absorción de la grasa dietética. No interfiere en la absorción de hidratos de carbono, proteínas y fosfolípidos y es muy eficaz en los diabéticos tipo II, en los que mejora la sensibilidad a la insulina.

Más recientemente se vienen realizando ensayos con **sustancias que estimulen la leptina (sensación de saciedad) e inhiban la grelina (sensación de hambre)**; con la **combinación naltrexona/bupropión** (éste último parece estimular el sistema hipotalámico de neuronas productoras de proopiomelanocortina). También se estudia la **liraglutida**, que suprime el apetito y la ingesta de energía en personas tanto con normopeso como con obesidad; la **combinación fentermina/topiramato** y la **lorcaserina**, que promueve la pérdida de excesiva grasa corporal y mejora los parámetros metabólicos (*Martín G.H., Andrades Ramírez C. 2016*).

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TCA Y OBESIDAD

Tratamiento psicológico de TCA

Tan solo unas cuantas formas de tratamiento tienen un aceptable consenso en cuanto a su utilidad. El aspecto psicológico juega un papel crucial en el tratamiento de estas patologías. Dichas formas de tratamiento son las siguientes (*Jáuregui-Lobera, I. 2012*):

- **Terapia cognitivo-conductual (TCC):** consiste en una duración de unos 5 meses, con unas 20 sesiones de tratamiento ambulatorio. Se usan en todos los TCA actualmente como “TCC mejorada”, pudiendo aplicarse en formato breve (20 semanas) o amplio (30-40 semanas). Constituyen la perfecta unión.
- **Psicoterapia interpersonal (PIP):** fundamentada en los problemas en las relaciones interpersonales, que contribuyen al desarrollo de la psicopatología. Trata de identificar patrones problemáticos de relaciones a fin de adaptarlos a otros estilos. Se aplica tanto individualmente como en grupo, en unos 5 meses y 20 sesiones. Muy eficaz en BN y AN.

- **Terapia familiar (TF):** bien consolidada, tanto en AN como en BN, y especialmente en adolescentes. En AN sí es una terapia eficaz pero no tanto en los casos de BN, dado que no hay datos consolidados. En adultos resulta mucho menos efectiva en general.
- **Pérdida de peso conductual:** se lleva a cabo en casos de TA (El tema de interés principal de este documento), cuya mayor utilidad radica en la facilidad de uso. Sin embargo, no mejora los resultados de la TCC y la PIP.
- **Terapias psicodinámicas (TPD):** no hay evidencia que sustente o rechace la eficacia y seguridad de las mismas para los afectados por AN. Lo mismo cabe decir para BN y TA.

Los instrumentos de evaluación psicológica y las modalidades descritas en los anteriores párrafos pueden consultarse (y ampliarse) en la **Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009)**. Todo ello también se recoge en el manual **Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad de Brownell y Walsh (2018)**. Una buena aproximación acerca de dichas modalidades terapéuticas se encuentra en la **Guía de la American Psychological Association (Zavala Trías S.; 2012)**. Siguiendo la guía del 2009 sobre TCA, se destacan los siguientes aspectos:

- No hay suficiente evidencia de que un determinado tratamiento psicológico sea superior a otro para adultos con AN al finalizar el mismo y en el post-tratamiento.
- En BN, la evidencia es fuerte para las intervenciones conductuales y débil para la autoayuda. Algo similar ocurre con el TA.
- Muchos tratamientos psicológicos en personas con AN pueden ser realizados de forma ambulatoria por expertos en TCA, con una duración de 6 meses. Si los pacientes están en hospitalización completa la duración ya no serán 6 sino 12 meses.
- En personas afectadas con AN tratadas con terapia psicológica ambulatoria que no mejoren se debe considerar la indicación de tratamientos más intensivos.

Tratamiento psicológico de TA

Se basaban en un primer momento en adaptaciones de los de BN dada su reciente inclusión como TCA (*DSM-5; 2013*). *Roncero M. et al* hacen referencia a la necesidad de informar a las personas con TA y obesidad de que los tratamientos psicológicos establecidos de forma aislada para el tratamiento de éstos últimos tienen un efecto limitado en el peso corporal en su estudio de 2015.

Los principales tratamientos científicos contra el TA se basan en la TCC (adaptada por *Fairburn (2008)* en su nueva versión) **y la PIP**. Esta “nueva” TCC incluye en sus protocolos nuevos objetivos que dan tratamiento a las variables personales afectadas. Dentro de esta terapia se encuentran 2 tipos de formatos:

- a) Formato focalizado en la psicopatología específica.
- b) Formato más amplio, centrado en lo mismo que en el apartado anterior.

Por otro lado, las **terapias de 3ª generación** están logrando fantásticos resultados en la incorporación de estrategias de aceptación y habilidades de **mindfulness (conciencia plena)**, regulación y gestión emocional así como el aumento de la tolerancia a la frustración.

El TA puede tener una restricción impuesta por un historial dietético o auto-impuesto. Ante esto, se deben aplicar protocolos de exposición a señales (los llamados “alimentos temidos”) para trabajar la prevención de respuesta ante ellos, que suelen ser del tipo ansiedad descontrolada o angustia. El objetivo fundamental es la disminución de la cantidad de alimento ingerida y posteriormente la reducción en el nº de atracones efectuados (*Baile Ayensa J; 2016 y Cuadro E. & Baile J.I.; 2015*).

TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LOS TCA Y OBESIDAD

Entre las funciones generales del mismo destacan 3 partes:

- Tratamiento de la malnutrición y de otras posibles deficiencias nutricionales.
- Tratamiento de las complicaciones orgánicas existentes.
- Educación nutricional dirigida al paciente y su familia.

El tratamiento a seguir por el paciente se debe individualizar en función de sus características. También se debe tener en cuenta la familia, siendo lo adecuado para su buen funcionamiento.

El dietista-nutricionista debe reconocer y detectar los síntomas en los pacientes con TCA, conocer los déficits nutricionales así como la influencia de la desnutrición o malnutrición en las funciones cognitivas y afectivas. Con los pacientes con TCA se debe mostrar empatía, comprensión y autenticidad, ya que sienten un intenso miedo hacia la comida y la ganancia de peso, dificultando de este modo la buena relación profesional-paciente.

De forma previa a la intervención nutricional se realiza la determinación energética. **El método empírico es el más empleado en TCA.** Consiste en prescribir una dieta de la que previamente se conoce su aporte energético y ver de este modo la evolución del estado nutricional. Tras la información recogida y el diagnóstico obtenido a través del historial completo, se establecerá el tratamiento nutricional entero cuyos objetivos generales serán (*Benítez M.B.; 2017*):

- Conseguir un correcto estado nutricional y la normalización ponderal, según las necesidades básicas del paciente.
- Establecer líneas racionales de alimentación, dependiendo del estado del paciente.
- Indicar un plan de vida para modificar aspectos conductuales negativos del paciente.
- Tratamientos de las complicaciones orgánicas referidas a la alimentación, evitándolas.

TRATAMIENTO DIETÉTICO-NUTRICIONAL

- 1) En el plan de alimentación se deben establecer los **objetivos a corto, medio y largo plazo**.
- 2) Para controlar las cantidades de los platos se hace uso del método de la **“fotografía digital”**, asequible para cualquier tipo de paciente e individualizado por completo, trabajando en base a dichas cantidades (es decir, toma de fotos de las comidas del paciente a modo de referencia). Se recomienda emplear registros dietéticos con dichas fotografías, complementando uno las carencias del otro.
- 3) Los **registros semanales de comidas** necesitan una alta colaboración del paciente o familiares al tener que poner todo lo que se haya ingerido y bebido diariamente. En ellos se puede analizar la frecuencia de consumo de alimentos así como la estructura de las comidas. Sin embargo, es complicado conocer la cantidad exacta ingerida por el paciente. Esto se puede poner en un registro, exclusivo para cada paciente, que a menudo suele traer consigo disputas familiares por la objetividad del mismo. A veces, ellos anotan en el registro también los motivos del ayuno, atracón o emociones que sienten en las comidas, siendo esto muy útil para conocer sus miedos y por tanto para el tratamiento psicológico.
- 4) La **educación nutricional** es imprescindible. El dietista debe familiarizarse con los conceptos erróneos de los pacientes. La intervención del mismo no ha de suponer una serie de prohibiciones o permisiones, creando un ambiente relajado (normalidad). Muchas veces es preferible pactar con el paciente el menú inicial dentro de unas limitaciones claro, para que así no se sienta “invadido” y tenga más confianza. Se trata de recomendar una alimentación normal, amplia y variada. Se pondrán a su disposición planes de alimentación de acuerdo a su evolución, pasando al siguiente sólo si consigue superar el anterior y así sucesivamente. Cada uno tendrá su objetivo específico, adquiriendo unas bases firmes. En el primer contacto con el paciente, suele haber mucha ansiedad y miedo por parte del mismo. Ahí es donde se debe realizar la historia dietética (con los datos antropométricos) y proporcionar su registro a completar en las siguientes revisiones. Con esto se consigue saber los pensamientos del paciente acerca de los alimentos y su nivel de apetito y ansiedad antes de comer, todo ello a fin de darle las pautas nutricionales necesarias para el tratamiento. Dentro de ellas, se controla la ingesta de líquidos para evitar la plenitud gástrica prematura. Además de las mencionadas pautas, se deben indicar también las conductuales que ayudarán al correcto tratamiento completo (antes de las nutricionales a fin de evitar posibles recaídas). **La realización de comidas adecuadas mediante el apoyo familiar es la clave**. Los programas de condicionamiento operante con reforzamiento positivo y negativo son los más efectivos. Deben ser claros y concisos (Lobera I. J. & Ríos, P. B. (2009) y Ríos, P. B. (2009) en su libro sobre educación nutricional).
- 5) Para establecer el Tratamiento D-N en los TCA se hace uso de un **Plan de Vida**, cuyo objetivo es que el paciente cambie sus conductas erróneas por otras más adecuadas. El programa consta de lo siguiente: **1) Hábitos de alimentación, 2) Higiene, 3) Sueño, 4) Estudio o trabajo, 5) Actividad física**. Las pautas a seguir son (Lobera I. J.; 2009):

- Cantidad de alimento según estado nutricional del paciente.
- Vía oral (salvo en casos específicos donde sea contraproducente).
- 5 comidas y terminárselas enteras.
- Regularidad de horarios de comidas con tiempo límite para la ingesta (20 minutos desayuno, media mañana y merienda y 40 minutos para el almuerzo y cena).
- Postura correcta en la mesa.
- Seguir orden de platos introduciendo pan y agua en sus cantidades requeridas.
- Ningún producto “light”, desnatado, integral o “natural”.
- Evitar los chicles, caramelos, café, té u otras infusiones.
- Servir en bandeja, con los cubiertos adecuados.
- Evitar la mezcla o separación irracional de los alimentos.
- No comer con las manos o desmenuzar la comida. Cortar en pequeños trozos.
- 2 L de H₂O al día (sin contar otros tipos de líquidos como zumos o refrescos).
- No levantarse de la mesa hasta el final de la comida y reposar tras la misma.
- Fomentar conversaciones positivas paciente-familia durante las comidas, en entornos tranquilos y sin agresiones tanto físicas como verbales. Evitar silencios prolongados.
- Deben estar acompañados y deberán estar sentados al lado o frente al paciente.
- No se recomienda que el paciente entre en la cocina ni tampoco ir a las compras.
- No menú especial salvo prescripción. Siempre será servido.
- Una vez servidos los platos, se retirarán de la mesa todos los recipientes extras.
- Evitar las comidas fuera de casa al menos en el inicio del tratamiento.
- Evitar distracciones durante las comidas o reposos (móvil, TV, tablet u ordenador).
- Descanso nocturno: 8 horas.
- Control de baño: el paciente no debe acudir hasta 1:30 h después de comer.
- Ducha previa a la comida y retirada de la báscula.
- Reducción de horario académico o laboral.

En casos de no cumplimiento grave, se procederá a una **hospitalización domiciliaria**. Los pacientes tienen que acudir a consulta externa 2 veces por semana. Los menús en estos casos los impone el dietista, con modificaciones según la evolución del paciente.

- 6) El **ejercicio físico** debe estar contraindicado cuando los pacientes presentan poco peso porque impediría una buena recuperación ponderal. Si el peso es saludable, podrá hacer ejercicio siempre y cuando sea para divertirse y no lo tome como algo para perder peso.

TRATAMIENTO DIETÉTICO-NUTRICIONAL EN PACIENTES CON TCA-OBESIDAD

Los pacientes con bulimia y TA desarrollan sobrepeso u obesidad con frecuencia. Como se ha visto anteriormente, la intervención psicológica es imprescindible además de la nutricional, es decir, un **tratamiento multidisciplinario complementado** para el correcto abordaje de estas patologías. La recomendación de una dieta hipocalórica (baja en ingesta de alimentos) se descarta por ser perjudicial. Por lo tanto, se deben contemplar los siguientes aspectos:

- Alimentación y ejercicio físico
- Conducta y estilo de vida
- Disminución de la comorbilidad
- Fármacos (sobre todo en casos con *craving*)
- Cirugía en casos de fracaso del tratamiento aplicado.

El objetivo del tratamiento es **lograr una adaptación metabólica de la ingesta**, disminuyendo la masa grasa preservando la magra. Estas pautas se mantienen a largo plazo a fin de estabilizar el peso perdido y prevenir futuras ganancias. Se pretende con éstas minimizar el riesgo cardiovascular. Todo esto sirve para conseguir una mejoría en todos los sentidos.

Cuando el sobrepeso/obesidad se asocia a un TCA, además de las estrategias y pautas dietéticas para dichas patologías, será necesario tener en cuenta la presencia de ingesta emocional o atracones. En estos casos, el uso de una dieta, cualquiera que sea, no es viable, provocando un incremento del *foodcraving* del paciente. Los 4 objetivos a superar son:

- 1) **Ayudar a gestionar los atracones desde el punto de vista dietético.** Además, se deben establecer hábitos de conducta adecuados, trabajando el comer consciente y a una velocidad adecuada soltando el cubierto entre bocado y bocado, beber agua durante la comida haciendo una pausa antes de seguir comiendo.
- 2) La **educación nutricional** pretende cambiar la conducta alimentaria hacia patrones más saludables. Se aprende así a controlar las sensaciones de hambre, apetito y saciedad, sabiendo actuar en consecuencia de forma correcta ante ellas.
- 3) El **ejercicio físico** contribuye a la mejoría en la composición corporal. Se recomienda un ejercicio moderado y controlado, adaptado a las capacidades del paciente y basado en una actividad social agradable donde prime la diversión a la obsesión por el objetivo. Un profesional cualificado en actividad física puede guiarle en este paso, lo cual le vendría fenomenal. Se consigue de este modo una mayor disminución de la masa grasa, pudiendo incluso aumentar la muscular. Adicionalmente, se logra bajar la sintomatología ansioso-depresiva favoreciendo así la desaparición de los atracones (Lobera I. J. & Ríos P. B.; 2011).
- 4) El **trabajo psicológico**, fundamental según lo escrito en este documento.

CONCLUSIÓN

Después de la investigación, aseguramos que el **mejor tratamiento es la prevención** y que, para ello, el **mejor medio es la educación**. Los trastornos de conducta alimentaria a día de hoy siguen siendo un gran problema físico y psicológico para la población mundial y, dada su gravedad en nuestro organismo, es imprescindible un tratamiento eficaz basado en el apoyo nutricional junto con una terapia cognitiva-conductual, así como en educación en general (Ej: transmisión por los medios de comunicación, en conferencias o en docencia) contra los mismos. Es de vital importancia enseñar, transmitir o contar a las personas lo que son los TCA. Esto nos ayudará en su tratamiento precoz.

Adicionalmente, se ha tratado el tema de la obesidad junto con el TA. Para conseguir curar estas patologías, es necesario realizar primero las evaluaciones pertinentes y luego el tratamiento completo. A continuación se procede a ellas.

Según la teoría del cerebro como órgano central, en las evaluaciones de los TCA y obesidad, además de las médicas y nutricionales hay que tener en cuenta también las psicológicas, ya que la fuente de origen más importante de dichos trastornos. La obesidad debería determinarse más por el perímetro abdominal que por el IMC porque, mientras éste último mide la grasa corporal total, el primero mide la grasa visceral, más asociada al riesgo de sufrir enfermedades severas como la diabetes o cáncer, entre otras. El IMC no distingue masa muscular de masa grasa, lo cual no nos aporta exactitud. No existe un fármaco ideal anti-obesidad que la cure por “arte de magia”. Los laboratorios farmacéuticos siguen investigando para su obtención en un futuro. Para ello aún debemos esperar unos años, de modo que cuidarse día a día es nuestra misión. Los pocos fármacos disponibles presentan efectos adversos. Por lo tanto, no son viables. Por ejemplo: la liraglutida, la lorcaserina, gonadotropina coriónica (HCG) y fármacos anorexígenos de acción central tipo anfetamina, entre otros. En consecuencia, no se recomienda comercializar fármacos de este tipo.

El tratamiento médico de los TCA y obesidad, como cualquier otro, debe realizarse siempre bajo supervisión médica además del dietético y psicológico (complementándose entre sí). El tratamiento nutricional de los TCA y obesidad tiene que ser individualizado a cada paciente y el apoyo familiar se torna vital para la correcta superación de los mismos. El dietista-nutricionista debe conocer muy bien al paciente (sus hábitos, conductas, manías, gustos, emociones, situación actual, si vive solo o con su familia, etc.) a fin de poder proporcionarle una educación y tratamiento nutricional adecuados. No hace falta buscar métodos complejos para incrementar la eficacia del tratamiento del paciente dado que se ha corroborado que un simple seguimiento fotográfico para ver las cantidades que va ingiriendo al día o charlar mientras se come es efectivo. Tampoco hace falta elaborar menús muy complejos, estrictos o difíciles de asimilar para los pacientes. Básicamente con darle un guión intuitivo de lo que tienen que hacer además del Plan de Vida (siendo en todo momento comprensivo con ellos) ya es suficiente. La actividad física debe realizarse media hora al día como mínimo, siempre y

cuando ésta no se haga como actividad compensatoria de alguna comida o hecho. Además, la finalidad de ésta debe ser lúdica en vez de auto-impuesta para lograr el objetivo propuesto.

En el siguiente y último párrafo de esta sección de las conclusiones finales del documento se prosigue a explicar las sacadas sobre el TA específicamente. Fundamentalmente se viene a comentar lo mismo que en los demás trastornos (las directrices a seguir son similares), destacando sólo algunos matices que vienen bien de recordar y asimilar.

Con respecto al TA, aunque la prevalencia del mismo sea mayor en mujeres que en hombres, se ha demostrado recientemente que también han aumentado los casos en ellos. Por lo tanto, hay que tenerlo en cuenta y no obviarlo como si no nos pasara nada. Las terapias psicológicas contra el TA logran excelentes resultados en la incorporación de estrategias de aceptación y habilidades de **mindfulness (conciencia plena)**, regulación y gestión emocional así como el aumento de la tolerancia a la frustración. La exposición a los denominados “alimentos temidos” (señales) para trabajar la prevención de respuesta ante ellos suele acabar bastante bien, consiguiendo el objetivo fundamental, que no es más que la disminución de la cantidad de alimento ingerida y posteriormente la reducción en el nº de atracones efectuados.

BIBLIOGRAFÍA

American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J. Am. Diet. Assoc.* 2001; 101 (7): 810-9.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5). *Washington DC: American Psychiatric Association*; 2013.

Amigo I, Fernández C. El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo.* 2013; 34 (1): 49-56.

Baile Ayensa J, González-Calderón M. Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. *Anaya*; 2016.

Benítez MB. Prevención de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Papel del dietista-nutricionista. *Trastornos de la conducta alimentaria.* 2017; (25): 2683-2765.

Cabrerizo, L., Rubio, M. Á., Ballesteros, M. D. & Moreno Lopera, C. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Rev. Esp. Nutr. Comunitaria*, 156-162.

Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of eating disorders*, 31 (4), 455-460.

Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6 (4), 485-494.

Conde, V., & Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*, 12(4), 217-236.

Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.

De La Guía, G. D. T. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating Disorders: A transdiagnostic protocol.

Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50 (6), 419-428.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9 (2), 273-279.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2 (2), 15-34.

Goodman, Fontenelle, L., Marques, C., Figueira, I., Nardi, A. E., & Versiani, M. (1989). Escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown.

Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(4), 641-651.

Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia the 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (1), 18-24.

Herrero-Martín, G., Andrades Ramírez, C. (2016). Diferencias entre el comer emocional en personas con normopeso y obesidad y su relevancia en el abordaje terapéutico. *Nutr. Hosp*; 33 (Supl. 6): 9-34.

Jáuregui I. Imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad. Barcelona: Grafema; 2006. p. 87-175; 199-233; 351-379.

Jáuregui I. La cárcel del cuerpo. Guía útil para reconocer los trastornos alimentarios. 2ª Ed. España: Grafema; 2008.

Jáuregui Lobera, I., Bolaños Ríos, P., & Garrido Casals, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18 (8), 728-735.

Jáuregui Lobera, I., Romero Candau, J., Bolaños Ríos, P., Montes Berriatúa, C., Díaz Jaramillo, R., Montaña González, M.,... & Vargas Sánchez, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (5), 568-573.

Jáuregui-Lobera I., Santed M.A., Shafran R., Santiago M.J., Estébanez S. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Thought-Shape Fusion Questionnaire. *The Spanish journal of psychology*; 15 (1): 410-23.

Jáuregui-Lobera, I. (2012). La distorsión cognitiva fusión pensamiento-forma en los trastornos de la conducta alimentaria [tesis doctoral]. Madrid: UNED.

- Jáuregui-Lobera, I., & Ríos, P. B. (2011). What motivates the consumer's food choice? *Nutricion hospitalaria*, 26 (6), 1313-1321.
- Kefauver Silva, M., de Rivera y Abuín. (2018). Estrés, afrontamiento y psicopatología. Un estudio en población universitaria. *Listado de Síntomas Breves (LSB-50)*.
- Lobera, I. J. El pequeño gran libro de la alimentación: cómo comer para sentirte bien. *Almuzara*; 2009. p. 160-168.
- Lobera, I. J., & Bolaños, P. (2010). Spanish version of the irrational food beliefs scale. *Nutrición hospitalaria*, 25 (5), 852-859.
- Lobera, I. J., & Ríos, P. B. (2011). Body image and quality of life in a Spanish population. *International Journal of General Medicine*, 4, 63.
- Lobera, I. J., & Ríos, P. B. (2011). Spanish version of the Body Appreciation Scale (BAS) for adolescents. *The Spanish journal of psychology*, 14(1), 411-420.
- Lobera, I. J., Bolaños, P., Carbonero, R., & Blanco, E. V. (2010). Psychometric properties of the Spanish version of Food Craving Inventory (FCI-SP). *Nutrición hospitalaria*, 25 (6), 984-992.
- Lobera, I. J., Cid, S. T., & Ríos, P. B. (2011). Body shape model, physical activity and eating behaviour. *Nutrición hospitalaria*, 26 (1), 201-207.
- Martín, G. H. (2017). Psiconutrición: la importancia del trabajo interdisciplinar en el abordaje de la obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 21, 34-35.
- Millon, T. (2015). Inventario Clínico Multiaxial de Millon-IV (MCMI-IV). *Pearson*.
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *Bmj*, 319 (7223), 1467-1468.
- Nolan, L. J., Halperin, L. B., & Geliebter, A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54 (2), 314-319.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., & Montalvan, V. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15 (3), 147-155.
- Probst, M., Vandereycken, W., Coppenolle, H. V., & Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating disorders*, 3 (2), 133-144.

Ríos, P. B. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 9, 956-72.

Ríos, P. B. (2009). La educación nutricional como factor de protección en los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (10), 1069-1086.

Roncero, M., Perpiñá, C., Marco, J. H., & Sánchez-Reales, S. (2015). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish versión of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Bodyimage*, 14, 47-53.

Sindeev, A. (2018). Teoría del cerebro total: Plena vigencia para el proceso de enseñanza-aprendizaje actual. *Revista de investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 7, 59-71.

Smith, M. C., & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52 (5), 863.

Spielberger, C. D., & Díaz, R. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. México: Manual Moderno.

Vandereycken, W., & Van Vreckem, E. (1992). Siblings of patients with aneating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (3), 273-280.

Zavala Trías, S. (2012). Guía a la redacción en el estilo APA.