

U3. TRASTORNOS ASOCIADOS A NECESIDADES BIOLÓGICAS Y TOXICOMANÍAS

3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

4.1. Anorexia nerviosa

4.2. Bulimia nerviosa

4.3. Trastorno por atracón

(Pica, rumiación, trastorno restrictivo)

4.1. DESARROLLO Y CONCEPTO DE TCA (Trast. Conducta alimentaria)

- Suele comenzar en la adolescencia, mas en chicas, que se sienten con sobrepeso, baja autoestima o perfeccionistas en caso de la anorexia.
- Restringe la comida, cada vez menos alimentos. Activación, refuerzo.
- Parte de la idea sobrevalorada de delgadez, hasta convertirse en el centro vital.
- No suele detectarse hasta que hay gran pérdida de peso
- Hay distorsión de la imagen corporal, se siguen viendo y sintiendo gordas
- Miedo a engordar
- Conductas compensadoras (laxantes, deporte, vómito...). No presente en el trastorno por atracones.
- Pierde la menstruación (en el caso de anorexia).
- Aislamiento social para controlar su vida, su alimentación sin ser controlada.
- Depresión, ansiedad, personalidad perfeccionista.
- Síntomas de inanición hasta la muerte en anorexia. Muere el 20% de personas afectadas, un 5% antes de 10 años.
- Diagnóstico diferencial: En el caso de la bulimia hay pérdida de control de la dieta con recurrentes episodios de vómitos, y no suele haber tanta pérdida de peso, en el trastorno por atracones también hay pérdida de control, pero no hay conductas compensatorias (vómitos) como en los otros 2.

4.2. ANOREXIA NERVIOSA: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

DSM-V Y CIE-10 (Hay que saberlos de memoria)

Anorexia restrictiva (las que mas controlan los impulsosl, restringen la dieta hatsa adelgazar sin parar) y anorexia purgativa (predomina la restriccion de alimentos pero pierden el control por completo, luego pierden control y tienen mas atracones de lo normal)

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (peso corporal inferior al 85% del peso esperable). (Peso/Alt. al cuadrado <18-25). Rechazan mantener un peso corporal normal. Entonces, ahí para saber cual tiene que ser el peso normal hay que calcular el peso de índice muscular. Peso/alturaxaltura. Normopeso: 18-25. Las personas que tienen anorexia y llevan ya un tiempo, se le nota porque esta extremadamente delgada.

Aun así, la delgadez no tiene que decir que es anoréxica. Estas adelgazan intencionalmente

- B) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obes@, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. Se sienten gordos por igual comiendo algo. (Terapia y actividad de la silueta, siempre eligen la más gordita, tiene una distorsión cognitiva, pero el sentimiento es muy fuerte).
- D) Trastorno endocrino generalizado (Desaparición de la menstruación, amenorrea, al menos tres ciclos menstruales consecutivos DSM-4) Es decir, desaparece menstruación, al menos tres meses.
- E) No maduración sexual en caso de niñez. (cie-10). cuando la anorexia empieza en preadolescencia, antes del desarrollo del cuerpo, el cuerpo se queda como si fueran unos niños; no desarrollan.
- F) Evita el consumo de alimentos y presenta uno o más de los siguientes síntomas: vómitos, uso de laxantes, de fármacos diuréticos o anorexígenos, y ejercicio excesivo. (cie-10). La restricción de alimentos aumenta hasta comer solo gelatina y lechuga.

AL PRINCIPIO TE DA COMO SUBIDÓN, PERO LUEGO TODO LO CONTRARIO, TE EMPIEZAS A ENCONTRAR MAL.

TIPOS

- A. Restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo no presenta atracones ni purgas (vómito, laxantes, etc.).
- B. Purgativo: durante el episodio de anorexia hay atracones y purgas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANOREXIA NERVIOSA

Enfermedades médicas que cursan con importante pérdida de peso, sin imagen corporal distorsionada ni deseo de adelgazar más (EII, cáncer etc.).

Trastorno depresivo mayor: puede haber pérdida de peso pero no deseo de adelgazar, ni miedo a ganar peso.

Esquizofrenia: los patrones de alimentación pueden verse severamente deteriorados pero rara vez hay temor a ganar peso ni alteraciones de la imagen corporal.

Fobia social. No se limita a la conducta alimentaria.

Obsesión-compulsión. No solo relacionada con el alimento.

Alteración dismórfica. No solo referida al tamaño del cuerpo y la silueta. Mayor distorsión y obsesión por esconder la parte imaginada, más común en hombres. (a priori no implica purgas ni restricción alimentaria).

4.3. DIAGNÓSTICO BULIMIA NERVIOSA

Hay cosas iguales y otras diferentes.

CIE-10 Y DSM-V

Presencia de atracones recurrentes que mas adelante dice que al menos una vez a la semana durante tres meses seguidos. De esto depende que digamos si es anorexia o bulimia. Si hay dos a la semana pero en el siguiente mes no hay durante dos semanas atracones se rompe el diagnostico de bulimia.

Diferencia: conducta purgatoria, los atracones tienen que ser purgativas. si no hay arrepentimiento, laxante, vomitos... seria trastorno por atracón, porque en estos hay atracón peor no se llega a vomitar ni nada... (

Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían. comer mas de lo normal en periodo de 2 horas; normalmente nosotros dos platos y un postre, estos un montón;... además la persona no quiere hacerlo pero no puede evitarlo; se hace de manera oculta; se come a mucha velocidad y sienten vergüenza y culpabilidad. Además se esconde porque la purga (vómitos y eso) no quiere que lo vean),

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, que suele realizarse de manera oculta, en secreto (vergüenza, culpa...). (

b) Al menos una de las siguientes conductas compensatorias inapropiadas, repetidas, con el fin de no ganar peso: vómitos, laxantes, diuréticos, fármacos, y ayuno.

c) Al menos 1 vez a la semana durante un período de 3 meses. (2)

d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

f) Preocupación constante por la comida (cie-10)

g) Miedo a engordar (cie-10)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL BULIMIA NERVIOSA

Anorexia nerviosa: si los atracones y conductas compensatorias solo aparecen durante episodios de anorexia, no se hace diagnóstico de bulimia.

Enfermedades neurológicas y médicas que cursan con conducta alimentaria alterada, sin preocupación excesiva por el peso ni la forma corporal.

Trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos: puede aparecer frecuencia o intensidad excesiva de ingesta alimentaria, pero no hay conductas compensatorias ni preocupación excesiva por el peso y forma corporales.

Trastorno límite de la personalidad: entre las conductas impulsivas aparecen los atracones, pero también deben cumplirse el resto de los criterios diagnósticos. No hay necesariamente deseo de adelgazar o preocupación por el peso ni distorsión.

4.4. DIAGNÓSTICO TRASTORNO POR ATRACONES

CIE-10 Y DSM-V

Ocurrencia de episodios recurrentes de atracones:

1. Ingestión, en un período determinado (p.ej. dos horas), de una cantidad de alimentos que es superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere en el episodio.
- b) Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre .
 4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- c) Malestar intenso respecto a los atracones.
- d) Los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses.
- e) Se existe criterio para la bulimia nerviosa
- Gravedad leve: 1-3 atracones a la semana. Moderado: 4-7. Grave: 8-13. Extremo: 14 o más.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL TRASTORNO POR ATRACONES

-El atracón no da lugar a comportamientos compensatorios inapropiado o purgas (ayuno, laxantes, ejercicio...), como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

-Los atracones no se asocian a la distorsión de la imagen corporal, ni al deseo de perder peso.

4.5. OTROS TRASTORNOS ALIMENTARIOS PROPUESTOS PARA INCLUIR DENTRO DE LOS TCA (DSM-5-). Behar y Arancibia (2014)

1. Trastorno dismórfico muscular

T. Somatomorfo (T. Dismórfico).

Alteración de la imagen corporal caracterizada por la subestimación del tamaño y fuerza del cuerpo y el desarrollo de conductas compensatorias desadaptativas. Origen culturismo. Síntomas inversos a la anorexia. + Hombres.

2. Trastorno evitativo/restrictivo de la ingesta

Especialmente en niños, disminución del interés por la comida o la ingesta, asociado a sus consecuencias negativas, ej: evitar dolor de estómago, defecar... Implica disminución de peso, y déficits nutricionales.

3. Pica y rumiación

T. de la infancia y adolescencia.

-Rumiación: Regurgitación repetida de alimento (asociado a bulimia).

-Pica: Ingestión regular de sustancias no nutritivas (goma de borrar, pelo, barro...).

4. Trastorno purgativo

Conductas purgativas recurrentes para influir en el peso o forma corporal: vómitos, laxantes, ayunos... Sin atracones. Miedo a ganar peso.

5. Síndrome de ingesta nocturna

Episodios recurrentes de ingesta nocturna, con despertares de noche, excesivo consumo de alimentos tras la cena. No explicado por trastornos del sueño.

4.6. ETIOLOGÍA DE LOS TCA

1. Influencia genética

2. Bioquímicos: Exceso de serotonina

3. Aspectos psicológicos: alta autoexigencia y perfeccionismo (anorexia), falta de control de impulsos (bulimia, atracones), obsesividad, haber sufrido burlas físicas, abuso sexual, depresión y ansiedad.

4. Aspectos familiares: educación, represión-rebeldía, poca comunicación.

5. Aspectos socio culturales: Valores estéticos vigentes, materialismo, superficialidad.