

Colegio Oficial de Farmacéuticos.  
Murcia, abril 2005.  
Autores: María García Gómez. Psicóloga.  
Dr. Francisco Toledo Romero. Psiquiatra.

## **NUEVAS ADICCIONES: ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA**

### **INTRODUCCIÓN: ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.**

La preocupación por la imagen corporal se ha desarrollado a lo largo de la historia de los diferentes pueblos y culturas. Los cánones de belleza varían con el paso del tiempo en las civilizaciones. La presión de los medios de comunicación hacia la consecución de un cuerpo “danone” para lograr una imagen socialmente deseada ha desempeñado un papel esencial en la aparición y/o aumento de nuevas patologías mentales. En la actualidad el canon de belleza es el cuerpo, se vive por y para el cuerpo, lo cual se engloba bajo la concepción del culto al cuerpo.

Aunque la alteración de la imagen corporal ha existido siempre es una patología en auge en la actualidad, por lo que precisa una mayor atención y mayor número de recursos destinados a su investigación. Se habla de una epidemia del culto al cuerpo en las sociedades industrializadas. Son muchas las patologías que tienen en común esta alteración: **Anorexia, bulimia, vigorexia y dismorfofobia**, entre otras.

La **imagen corporal** es un constructo que se refiere al conjunto de percepciones, creencias, pensamientos y/o actitudes hacia el cuerpo así como las experiencias y sentimientos que el cuerpo produce y las conductas relacionadas.

La preocupación por la imagen corporal se considera patológica dependiendo del grado de repercusión en la vida diaria.

El término esquema corporal se desarrolló inicialmente asociado a neuropatologías como el miembro fantasma o anosognosia. El término que se usa en la actualidad es el de imagen corporal, asociado a los trastornos de alimentación (TCA).

La alteración de la imagen corporal se divide en un componente afectivo, la *insatisfacción corporal* que sería el grado en el que los sujetos valoran o desprecian su cuerpo, y otro componente más perceptivo que sería la *distorsión de la imagen corporal* que supone la imprecisión en la determinación del tamaño corporal.

En EEUU nace un nuevo trastorno de la conducta alimentaria denominado **ortorexia**. Se trata de una obsesión por comer únicamente alimentos que se consideran sanos, rechazando las grasas, carnes, alimentos con pesticidas, etc. el rechazo de estos alimentos les lleva a evitar comer en casas de familiares o amigos donde se los pueden ofrecer. La alimentación se convierte en una preocupación recurrente, pasando gran parte de su tiempo pensando en ello y sintiéndose culpables si se saltan la dieta.

Planifican cuidadosamente lo que van a comer y se aíslan socialmente. Las carencias de alimentos producen anemia, falta de vitaminas, hipotensión y osteoporosis.

El deseo de lograr el ideal y la imposibilidad de lograrlo provoca un conflicto entre lo ideal y lo real. El cuerpo se convierte en un objetivo personal asociado con el dominio y el poder, sobrevalorando la importancia del autocuidado y del todo para el cuerpo. Debido a esta importancia creciente en el cuerpo se produce en la actualidad un aumento de las multicirugías, multiintervenciones, y pánico al efecto del paso del tiempo.

El concepto positivo de la delgadez frente a la gordura se internaliza entre los 5-9 años y el deseo de delgadez así como la preocupación excesiva por la propia imagen es elevada a los 7-9 años. Estos datos se relacionan con la aparición cada vez más temprana de patologías.

Las patologías que se describen a continuación tienen como factor común una preocupación excesiva por la apariencia e ideas intrusivas y recurrentes sobre la imagen corporal así como conductas relacionadas con dichas ideas. El deseo de perfección y la distorsión de la propia imagen caracterizan estos cuadros.

Los últimos estudios indican que un 56% de las mujeres y un 43% de los hombres se encuentran insatisfechos con su imagen corporal.

Los estudios realizados en España demuestran que la mayoría de las mujeres quieren pesar menos aunque tengan un peso normal y las chicas muestran mayor grado de insatisfacción corporal que los chicos.

## ANOREXIA NERVIOSA

*Características fundamentales del cuadro:* La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por un miedo y rechazo a mantener el peso en el mínimo de lo considerado normal según su talla y peso. El deseo irrefrenable de delgadez le lleva a una resistencia a comer o a retener la comida. En el complejo síndrome destacan las autolimitaciones dietéticas, la percepción distorsionada del cuerpo, intenso miedo a engordar que no disminuye a pesar de la delgadez, y diferentes alteraciones psicopatológicas como consecuencia de la desnutrición.

*Epidemiología:* AN (anorexia nerviosa) 1% de la población entre 14 y 40 años, con picos entre los 14,5 y 18 años. Se considera que entre los varones está infradiagnosticado. La enfermedad es más frecuente en determinadas profesiones relacionadas con actividades atléticas, los luchadores y modelos en los cuales se controla la dieta y la preocupación por la apariencia externa es elevada. Entre los varones homosexuales la proporción es mayor, mientras que en lesbianas es menor.

### Clínica:

Restricciones de ingesta.

Rituales alimentarios

Ayunos

Conductas compensatorias para no ganar peso ( vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico...)

Preocupación excesiva por el peso, cuerpo o forma.

Pesarse en exceso o fobia al peso.

Fijación en ciertas partes del cuerpo.

Dificultades para comer en público

Engaños respecto a lo que comen u ocultación de alimentos.

Desinterés en torno al sexo (asexualidad)

La sintomatología es similar en hombres y mujeres. Algunas características más típicas del los varones son: mayor narcisismo, superior tendencia al ejercicio físico, abuso de sustancias, mayor obsesividad, más esquizoides y antisociales.

Comorbilidad psiquiátrica: TOC, cuadros afectivos, trastornos de angustia, alteraciones de personalidad y abuso de sustancias.

En varones de unos 30 años se ha observado el ***Síndrome del corredor compulsivo*** en el cual el individuo aumenta el número de las carreras si cree haber aumentado la ingesta alimentaria o ante situaciones de estrés. Se trata de un afán por correr más allá de los límites razonables y que nunca les deja satisfechos. Cuando no pueden correr reaccionan con ansiedad e irritabilidad. Los rasgos de personalidad asociados son : perfeccionismo, obsesividad, disciplina y necesidad de control. Guardan similitud con la AN, pero no llegan a tales extremos.

### Etiología:

- Predisponentes individuales: necesidad de aprobación, inseguridad, baja autoestima, rasgos obsesivos y fóbicos, antecedentes de maltrato.

- Predisponentes familiares: sobreprotección , superficialidad de las relaciones, educación sin límites, dificultades en resolver conflictos, trastornos afectivos y alcoholismo.

- Predisponentes sociales: mensajes sociales y culturales sobrevalorando la delgadez, miedo a la madurez.

Precipitantes: dietas rigurosas; pérdidas afectivas; separación de los padres; enfermedades somáticas; comentarios sobre el físico ; crecientes demandas provenientes del medio.

Factores cronificadores: distorsiones perceptivas; grupos familiares conflictivos, permanecer con bajo peso; vómitos; comorbilidad; presión social.

Uno de los factores que explicarían la alta frecuencia de TCA en mujeres sería la superior realización de dietas y la disposición de la grasa corporal. En los hombres se atribuye una menor vulnerabilidad biológica y menor presión social.

Complicaciones: alteraciones electrolíticas que repercuten en la frecuencia renal y en la conducción cardiaca con cambios en ECG,

bradicardia y prolongación del QT. A nivel digestivo: gastritis, esofagitis, caries, hipertrofia de las glándulas salivares, etc.

Cambios hormonales; osteopenia; manifestaciones dermatológicas como piel seca y escamosa; lanugo e hipercarotinemia.

*Prevención:* Se previene reforzando las propias cualidades y capacidades, y enseñando a no relacionarlo con la apariencia. Se debe aprender a ver los mensajes publicitarios de forma crítica y no relacionar las formas y silueta con la felicidad. El mensaje es “tú no eres tu cuerpo”. El inicio de realización de dietas debe ser controlado por un profesional.

*Evolución:* El pronóstico y la evolución es similar en ambos sexos y está en relación con la edad de inicio, años de evolución, grado de distorsión de la propia imagen, conciencia de enfermedad y motivación. El tipo de personalidad del paciente también es un buen indicador, siendo las personalidades obsesivas las que mejor responden al tratamiento.

*Tratamiento:* Los objetivos principales son tanto que desaparezcan las conductas purgativas y que el sujeto salga de la desnutrición. El modo más apropiado de tratamiento es el que combina tratamiento farmacológico y psicológico.

El tratamiento farmacológico que se suele emplear son antidepresivos a altas dosis combinados con ansiolíticos.

Las técnicas psicológicas ocupan un papel primordial en el trastorno. El primer paso tras la evaluación debe ser concienciar a la persona de lo que está haciendo, sintiendo o pensando. Para ello se utiliza un autorregistro que puede incluir las conductas, pensamientos, emociones, etc. que tiene ante la comida; evitación de determinados comportamientos o sitios; ropa que usan; respuesta familiar ante sus conductas, etc. A partir de la observación repetida podemos tomar medidas terapéuticas.



Se establece un patrón de conducta regular, de 4 a 5 comidas al día, comiendo siempre en el mismo sitio, no haciendo otras cosas mientras comen, a las mismas horas, se eliminan de su alcance los alimentos peligrosos, etc. . Puesto que no es fácil seguir la terapia se debe utilizar un contrato terapéutico, especificando las recompensas o castigos que obtendrá si cumple o no las metas. Paralelamente se educa sobre los efectos adversos de la dieta y las conductas purgativas.

Una vez que son conscientes mediante autorregistros de las situaciones purgativas, es más fácil que controlen su conducta. Los laxantes y diuréticos se abandonan con más facilidad.

La segunda fase se basa en el cambio cognitivo y la imagen corporal. Los pensamientos automáticos, creencias irracionales, expectativas y atribuciones erróneas sobre la comida, peso y figura, son muy importantes de corregir.

Puesto que la variable que predice con mayor seguridad la recaída suele ser la insatisfacción con la imagen corporal, se debe incidir en la reducción de su preocupación. Especialmente interesante resulta ajustar la percepción que tienen de su cuerpo. Una manera de intervenir sobre ello es pidiéndole que estime, dibujando sobre un papel en la pared, cuánto cree que miden sus caderas, piernas, etc. Después se la sitúa junto a la pared dibujando su silueta y se contrasta la diferencia, que suele ser pronunciada. Puesto que al mirarse al espejo surgen las tensiones y dudas, se puede entrenar en desensibilización sistemática para superar la fobia al espejo.

Para prevenir recaídas, se puede adoptar muchas medidas como planificar su tiempo libre, que piense con antelación dónde va a comer y qué va a comer, no pesarse más de una vez por semana, utilizar técnicas de resolución de problemas cuando se presenten, etc.

## VIGOREXIA

El término es relativamente reciente, fue acuñado por el psiquiatra Harrison G Pope y lo utilizó para designar una muestra de sujetos que se caracterizaban por una obsesión con la musculatura que les impedía verse como eran realmente, sintiéndose débiles, enclenques y carentes de atractivo físico. Se ha denominado también anorexia inversa, **complejo de Adonis** y dismorfia muscular, pero aún no está incluido dentro de las clasificaciones diagnósticas.

Se caracteriza por una alteración de la imagen corporal por la cual las personas se creen más débiles y pesadas de lo que son. Se trata de una **preocupación excesiva por la propia musculatura** por lo que pasan horas realizando ejercicio ( más de 3-4 horas/día se considera excesivo) y abandonan sus obligaciones. Se puede considerar una variedad de la alteración dismórfica centrada en la musculatura global.

*Epidemiología:* no se dispone de datos fiables sobre su prevalencia ya que se considera que está **infradiagnosticada e infravalorada**. Se considera que un 10% de los hombres que acuden al gimnasio pueden presentar este síndrome. En España los

datos señalan que uno 20.000 pacientes se encuentran afectados No todos los culturistas lo padecen ni es exclusivo de los hombres aunque su prevalencia es mayor.

La edad más frecuente de aparición es entre 18-35 años.

Se considera patológico cuando la preocupación por el cuerpo y la musculatura absorbe varias horas al día y las repercusiones en la salud son relevantes. La consecución de un cuerpo deseado se convierte en una meta imprescindible para ser feliz.

Se puede detectar por signos médicos como: acné importante, testes pequeños o infertilidad que la causan el abuso de esteroides anabolizantes androgénicos que suelen consumir y cuyo uso se ha extendido, entre 6 y 11% de los estudiantes los han consumido.

Características clínicas: trabajan su cuerpo de forma compulsiva; actitudes anómalas hacia la comida, seleccionan los alimentos y tienen conocimientos detallados sobre las dietas rechazando las grasas; obsesión por verse musculosos que les hace mirarse continuamente en el espejo y pesarse varias veces al día; retraimiento social; camuflan su físico con ropas superpuestas o que abulten para parecer más voluminosos; levantamiento de pesas y ejercicio físico más de 6 horas/día cuya meta es aumentar la masa muscular. Narcisismo. A nivel psicológico muestran alteraciones caracteriales, irritabilidad y perfil agresivo.



Comorbilidad psiquiátrica: trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y TOC.

Complicaciones:

consumo de anabolizantes  $\Rightarrow$  repercusiones cardiovasculares, lesiones hepáticas por exceso de proteínas, aumento del colesterol, retención de líquidos y repercusiones renales. En los hombres se produce: disfunción eréctil, atrofia testicular, baja formación de espermatozoides y mayor proporción de cáncer de próstata. En la mujer se produce: ginecomastia, vello facial y voz ronca.

Problemas físicos y estéticos: desproporción entre cabeza y cuerpo; problemas óseos y articulares; sobrecarga del músculo, lo cual influye negativamente en los tendones y huesos con mayor número de desgarros, esguinces y falta de agilidad.

Dieta: se eliminan grasas y se consumen proteínas en exceso lo cual requiere un trabajo extra del hígado.

Se deben realizar analíticas para controlar posibles alteraciones hormonales y enzimáticas.

Etiología: factores biopsicosociales.

Biológico: desequilibrio de neurotransmisores, sobre todo de la serotonina.

Psicológico: rechazo de su aspecto y su propia imagen, pensamientos obsesivos, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, perfeccionismo, pobre integración social y relaciones superficiales.

Social: mensajes sobre la estética y la belleza. Los estudios constatan que el cine y los juguetes aumentan la musculatura de los héroes mucho más que hace 3-4 décadas. La industria publicitaria relaciona la musculatura, dureza abdominal y poca grasa con poderío sexual. Aspecto = éxito, salud, felicidad y control.

Se habla de ***fascismo corporal*** cuando existe una fijación muy fuerte hacia el cuerpo con músculos tensados, marcando forma de V y se rechaza a quién no cumple estos criterios. Parece que esto explicaría la mayor incidencia de este trastorno entre el mundo gay.

### **Diferencias entre anorexia y vigorexia:**

- ⇒ Anorexia más frecuente en la mujer y la vigorexia en el hombre.
- ⇒ La anoréxica se ve obesa, mientras en la vigorexia se ve débil y enclenque.
- ⇒ La anoréxica desea delgadez y la persona con vigorexia musculatura.
- ⇒ Debut más temprano de la anorexia.
- ⇒ No desencadenantes identificables.
- ⇒ En la vigorexia la automedicación es de anabolizantes y en la anorexia de diuréticos, laxantes y anorexígenos.

### **Tratamiento:**

Multidisciplinar: psiquiatra, psicólogo, dietista y educadores físicos.

- Psicofarmacológico: ISRS ( aspectos impulsivos, obsesivos y componente afectivo)
- Dietas equilibradas y variadas, supresión de anabolizantes.
- Psicoterapéutico: cognitivo-conductual ( distorsiones perceptuales, estrategias de afrontamiento, cambio en los hábitos de alimentación, reducción de la ansiedad y práctica del deporte). El objetivo es modificar la conducta del sujeto y recuperar su autoestima.

## **BULIMIA NERVIOSA**

Es definida por Russell en 1979 como un cuadro caracterizado por: compulsión a ingerir grandes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo, acompañado de purgas y como una variante de la anorexia nerviosa.

El comportamiento bulímico se caracteriza por episodios de ingesta incontrolada de gran cantidad de alimentos y conductas compensatorias para eliminar la ansiedad y culpa posterior.

Estos pacientes se suelen diferenciar de los anoréxicos porque no están delgados, generalmente tienen un peso normal o sobrepeso. La obesidad o sobrepeso previo al trastorno suele ser lo que lleva a la persona a iniciar una dieta, que normalmente no puede seguir, dando lugar a la ingestión compulsiva de alimentos.



La serotonina está implicada en la regulación de la conducta alimentaria (cantidad de comida ingerida, duración de la ingesta, apetencia por los hidratos de carbono), el patrón de ingesta podría verse afectado por una hipofunción serotoninérgica.

Estos pacientes tienen una personalidad distinta a la que hemos visto en la anorexia. Generalmente son desinhibidos, inestables emocionalmente, impulsivos y con dificultades temperamentales desde la infancia.

Dentro del trastorno bulímico se diferencian el purgativo (vómitos, laxantes...), y el no purgativo (ayuno, ejercicio intenso). Lo más frecuente es la inducción de vómito.

*Prevalencia:* La edad de inicio es más tardía que la anorexia, sobre los 20 años. Su prevalencia global es de un 0'8%. Estos pacientes suelen acudir muy tardíamente (años) tras la aparición del cuadro, puesto que el deterioro no es tan grave como en la anorexia. La mayoría de los pacientes entran en el círculo dieta-atracón-conducta compensatoria, ocasionando estados disfóricos, baja autoestima y aislamiento social.

*Comorbilidad:* Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en pacientes bulímicas, y se asocia a fobia social, trastorno obsesivo, agorafobias, trastorno del control de impulsos y trastorno límite de personalidad.

#### *Características según DSM-IV:*

1.-Perdida de control sobre la conducta alimentaria--atracón.

2.- Mecanismos compensatorios (impedir aumento de peso):

-BN tipo purgativo: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos...

-BN no purgativo: ayuno, ejercicio físico excesivo....

3.- Autoevaluación exageradamente influida por el peso y figura corporal.



La investigación encuentra que la insatisfacción corporal representa un aspecto psicopatológico nuclear en la BN, se autoevalúa excesivamente en términos de figura y peso.

Factores de riesgo físicos:

La masa corporal predice prospectivamente la insatisfacción corporal y el comienzo de BN.

Se han realizado estudios sobre la relación de la elevada adiposidad con la insatisfacción corporal en casos de BN que se asocian tanto con la obesidad materna como con la obesidad infantil.

El ser mujer también se asocia con mayor insatisfacción corporal con determinadas partes del cuerpo y peso.

Las presiones culturales hacia la delgadez.

Las familias se suelen centrar más en la apariencia física y en el peso.

Las burlas sobre la talla y el peso corporal.

Los medios de comunicación

La internalización del ideal de delgadez que precede a la BN.

Una mala transición de la adolescencia a la edad adulta.

Tratamiento: los objetivos primordiales se centran en eliminar los vómitos, atracones, corrección de los patrones cognitivos que son similares a los de la anoréxica, tratar las complicaciones médicas y mantener la normalidad.

El tratamiento farmacológico consiste en antidepresivos a altas dosis y si son obesas se puede ayudar a perder peso y controlar los impulsos con antiepilépticos a bajas dosis.

El tratamiento psicológico para los atracones, haciendo especial hincapié en este caso en técnicas de autocontrol. En estos casos las pacientes acuden más solas a consulta, porque suele presentarse más tardíamente. Por ello las técnicas conductuales deben ser aplicadas contando con que suele vivir sola, no disponemos de apoyo externo. El tratamiento cognitivo se centra en reestructuración cognitiva para corregir los pensamientos automáticos que le llevan a la ingesta compulsiva, así como mostrarle todos los efectos físicos y psicológicos que le están dejando la enfermedad.

**OTRAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL: DISMORFOFOBIA**

La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal (TDC) se define como una preocupación persistente y excesiva por un defecto físico imaginario, que afecta tanto a hombres como mujeres y parece ser más frecuente de lo que se pensaba inicialmente.

La frecuencia es de 0.7% en la población general femenina. No existen datos para la masculina. Se considera que está infradiagnosticada ya que la prevalencia en consultas de dermatología es de un 12% ,cirugía estética es de 7-15% y de un 13% en psiquiatría.

Una alta proporción de estos pacientes requieren ingreso hospitalario por intentos de suicidio.

El término dismorfofobia fue acuñado por Morselli en el siglo XIX, el cual la describía como “ idea obsesiva y desoladora de deformidad corporal”. Kraepelin la definía como timidez del propio cuerpo, psicosis de fealdad, hipocondría de belleza... López Ibor habla de “Complejo de Thersites” y también se ha denominado “ Complejo de Quasimodo”.

En 1980 se incluye DSM-III la Dismorfofobia, pero dentro del apartado de Trastorno somatoforme atípico como una categoría residual sin criterios de diagnóstico. Es en 1987 cuando se incorpora como diagnóstico propio con el término trastorno dismórfico en el capítulo de los Trastornos somatoformes, ubicándose la variedad delirante en el Trastorno delirante, subtipo somático.

#### Criterios según DSM-IV-TR:

A. preocupación por algún defecto imaginado en el aspecto físico. Si existen anomalías físicas leves, la preocupación es excesiva.

B. la preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en la actividad diaria del individuo.

C. la preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La CIE-10 incluye la Dismorfofobia no delirante dentro de los trastornos somatomorfos y la delirante en los trastornos de ideas delirantes persistentes.

No existe un límite claro entre las formas delirantes y no delirantes de dicho cuadro, además la forma delirante responde también al tratamiento con ISRS, al contrario de lo que cabría esperar. Se caracterizan probablemente por distintos grados de insight pero pueden ser realmente el mismo trastorno.

#### Cuadro clínico:

La preocupación intensa por una o más regiones corporales que se perciben como defectuosas o deformes, son leves o inexistentes para el observador, pero condiciona la vida del que lo padece.

Las zonas corporales más frecuentes son: cara, nariz, dientes, mandíbula, genitales, mamas, pelo, caderas y muslos, que se perciben como feas y deformes por lo cual los individuos suelen tratar de ocultarlas.

Aislamiento y fobia social son patrones evitativos característicos de dichos pacientes. Pueden pasar horas mirándose al espejo o bien evitarlo de forma sistemática.

No admiten ninguna valoración de su defecto que no se ajuste a su criterio.

Suelen pedir tratamientos de cirugía, y no aceptan que se les niegue el tratamiento deseado. Si se realiza el tratamiento, lo más posible es que resulte insatisfactorio y busquen nuevas soluciones.

Comorbilidad: TDC se asocia con la depresión mayor. La mayoría tienen otro trastorno asociado como fobia social, el TOC y abuso de sustancias.

Se considera infradiagnosticado sobre todo en varones.

Cirugía estética: factores asociados con la insatisfacción y mal pronóstico son: edad joven, varón, expectativas irreales, deformidad mínima, depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Tratamiento: ISRS y terapia cognitivo-conductual. La dificultad mayor es la mala adherencia al tratamiento.

## **OBESIDAD**

Los estudios realizados en España demuestran que la mayoría de las mujeres quieren pesar menos aunque tengan un peso normal y las chicas muestran mayor grado de insatisfacción corporal que los chicos.

Alteraciones de la imagen corporal en la obesidad:

La obesidad constituye la forma más frecuente de malnutrición en los países civilizados. Para valorar el grado de nutrición, se utiliza más frecuentemente el índice de Quetelet (IMC), el índice de masa corporal es igual al peso/ talla al cuadrado. Se considera sobrepeso  $IMC = 25-29.9$ . Obesidad  $>30$ ; obesidad mórbida  $>40$ .

En España la prevalencia global es de 13.4% y la mórbida 0.5 (0.4% en hombres y 0.75 en mujeres). Tendencia al aumento.

Los obesos sufren rechazo social y una valoración negativa por parte de la población general e incluso por los profesionales sanitarios. Obeso equivale a indolente, falto de voluntad, comedor excesivo, poco atractivo social, sexual y laboralmente.

Estudios demuestran como los obesos mórbidos, preferirían tener un peso normal antes que ser obesos multimillonarios o tener un handicap mayor como ser ciego, cojo, diletante, diabético...

La insatisfacción corporal está más relacionada con la obesidad y trastorno por atracón que con el peso en sí mismo.

La distorsión de la imagen corporal tiene resultados contradictorios, ya que según algunos estudios se produce una sobreestimación del peso y según otros subestimación.

*Factores de riesgos asociados a la alteración de la imagen corporal en obesos:*

- peso actual: los estudios muestran que más que el peso, lo que media en esta relación es el trastorno por atracón para que exista alteración.
- Género: el género femenino tiende a tener mayor grado de insatisfacción, ya que parece que los hombres se perciben más como “ grandes y fuertes que como gordos”.
- Raza: mayor insatisfacción en la raza blanca, lo cual viene mediatizado por factores culturales.
- Inicio temprano de la obesidad
- Existe una clara relación entre la obesidad y la baja autoestima, y no ocurre lo mismo con la depresión, que no se sabe si es causa o efecto.

En general se constata una mejoría de la insatisfacción corporal tras el descenso de peso significativo ( por ejemplo tras cirugía bariática ).

#### ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL DEPORTE.

En las últimas décadas se han producido dos hechos que ha incrementado la patología relacionada con el deporte:

- aumento del número de mujeres que realiza actividad física intensa y de competición.
- Incremento de la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

La pregunta clave es si los deportistas desarrollan más trastornos de la conducta alimentaria. Los **factores de riesgo de los deportistas** son:

- Tipo de deporte: los de mayor riesgo son los que exigen una imagen corporal característica.
  - deportes en los que se puntúa de forma subjetiva la delgadez ( gimnasia, patinaje artístico, natación sincronizada..)
  - deportes que hacen hincapié en un cuerpo libre de grasa para un rendimiento óptimo ( carrera de larga distancia, triatlón)
  - deportes con categoría de peso específicas( boxeo, lucha, judo)
- Personalidad del deportista: altas expectativas personales y perfeccionismo.
- Énfasis en el peso corporal para mejorar el rendimiento o la apariencia.
- Presión para perder peso por parte de los entrenadores, padres o jueces.
- Especialización temprana en el deporte.
- Deseos de ganar a cualquier costa.
- Lesiones o enfermedades que le lleven a ganar peso y luego conductas encaminadas a perderlo rápidamente.
- Periodos conflictivos: adolescencia, retirada de la carrera deportiva.

La mujer deportista:

Muchos estudios han constatado que las alteraciones de la percepción de la imagen corporal y los trastornos alimentarios son mayores en las deportistas.

Un síndrome de reciente definición es la ***triada de la mujer deportista*** que se caracteriza por: desórdenes de la alimentación, amenorrea y osteoporosis. Suele comenzar con una alteración de la conducta alimentaria, cuya nutrición inadecuada junto con el ejercicio físico conlleva una falta de energía que puede producir una disminución en la producción de estrógenos y consecuentemente amenorrea. Todo ello se puede traducir en una disminución de la densidad mineral ósea.

Peso corporal en los deportistas: un menor índice de masa corporal en los deportistas no siempre va asociado con un menor porcentaje de grasa. No se puede considerar que un IMC superior a 25 es de sobrepeso si se sabe que su porcentaje de grasa es inferior a lo normal.

*Métodos de las deportistas para perder peso:*

- disminución de la ingesta energética.
- Medicamentos para adelgazar.
- Diuréticos
- Laxantes
- Saunas
- Ejercicio excesivo
- Enemas

*Consecuencias de la utilización de estos métodos:* las dietas hipocalóricas producen una disminución del metabolismo basal. La restricción de hidratos de carbono, disminuyen los niveles de glucógeno lo que deriva en un menor rendimiento y fatiga. Necesitan más proteínas. La actividad física intensa conlleva un incremento de la necesidad de vitamina B, calcio y hierro. La disminución de grasa en poco tiempo produce mayor pérdida de agua y tejido magro.