

Introducción

Los trastornos de la ingesta de alimentos se ubican principalmente en la infancia y están asociados al acto de alimentarse por sí mismo o por otros. Por otro lado, entre los trastornos alimentarios como la obesidad se encuentran el comer excesivo (BN), siendo el principal motivo el que afecta el acto de alimentarse. Los trastornos alimentarios más estudiados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracón.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por un patrón grave y persistente de alteración en la alimentación, fruto de una percepción errónea por el niño y la forma de responder, tanto con un estado interno a tener sobrepeso u obesidad, así como a un comer alterado como resultado del miedo a volverse obeso o enfermo. Uno de los principales motivos de los trastornos alimentarios es el autocontrol o control externo por el niño, posteriormente, otros como la conciencia de la relación entre el hambre y la falta del tiempo en un menor paciente.

La obesidad ha sido definida por la OMS como epidemia del siglo XXI y siendo los principales factores de riesgo globales por sus efectos de ganancia y graves consecuencias para la salud. Se categoriza como una condición médica general por la OMS y, por tanto, no se veían como trastorno mental dentro de los sistemas diagnósticos oficiales. Sin embargo, en los últimos años la obesidad que tiene un componente psicológico, los trastornos alimentarios asociados a la ingesta, la incapacidad de restringir la comida, la preocupación excesiva por la comida, el miedo a la figura corpórea y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal.

Clasificación de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios se clasifican en el DSM-5 dentro del capítulo de "Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos", encontramos los diagnósticos de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno de atracón, pero también está incluido y tratado de episodios/restricciones de la ingesta de alimentos. Algunos expertos han criticado esta clasificación, ya que la AN, la BN y el trastorno de atracón están asociados al peso y la figura corporal y a un comer alterado, aspectos diferentes de los trastornos relacionados con la alimentación que se presentan típicamente en la infancia.



Anorexia nerviosa (AN)



Bulimia nerviosa (BN)



Trastorno de atracón



Obesidad



Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín, Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición. Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España, 2020. Print.



Introducción

Los trastornos de la ingestión de alimentos se observan principalmente en la Infancia y están asociados al acto de ser alimentado por otro (feeding en inglés). Por otro lado, tanto los trastornos alimentarios como la obesidad se relacionan con el comer (eating en inglés), siendo el propio individuo el que realiza el acto de alimentarse. Los trastornos alimentarios más estudiados son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracones.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por un patrón gravemente alterado en la alimentación, fruto de una preocupación excesiva por el peso y la forma corporales, junto con un miedo intenso a tener sobrepeso u obesidad, así como a un comer alterado como estrategia del manejo emocional, obviamente desadaptativa. Una de las particularidades de los trastornos alimentarios es el solapamiento parcial entre síndromes que, frecuentemente, tiene como consecuencia la migración entre diagnósticos a lo largo del tiempo en un mismo paciente.

La obesidad ha sido señalada por la OMS como epidemia del siglo XXI y uno de los diez problemas de salud globales por sus índices de prevalencia y graves consecuencias para la salud. Se categoriza como una condición médica general por la CIE-11 y, por tanto, no se incluye como trastorno mental dentro de los sistemas diagnósticos oficiales. Sin embargo, es incuestionable la relevancia que tienen, en su génesis y/o en su mantenimiento, los factores emocionales asociados a la ingesta, la necesidad de restringir la ingesta, la preocupación excesiva por la comida, el peso o la figura corporales y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal.

Clasificación de los trastornos alimentarios

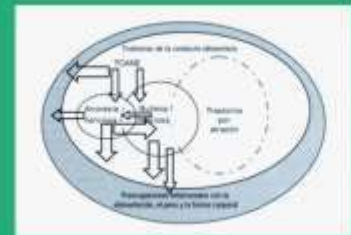
Los trastornos alimentarios se clasifican en el DSM-5 dentro del capítulo de «Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos», encontramos los diagnósticos de **anorexia nerviosa (AN)**, **bulimia nerviosa (BN)** y **trastorno de atracones**, pero también **pica**, **rumiación** y **trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos**. Algunos expertos han criticado esta clasificación, ya que la AN, la BN y el trastorno de atracones están asociados al peso y la figura corporales y a un comer alterado, aspectos diferentes de los trastornos relacionados con la alimentación que se presentan típicamente en la infancia.

The image shows six diagnostic criteria from the DSM-5, each accompanied by a green plus sign icon. The criteria are:

- Trastorno de atracones:** Episodios recurrentes de comer una gran cantidad de comida en un período corto de tiempo, con una sensación de pérdida de control sobre la ingesta.
- Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos:** Evitación o restricción de ciertos tipos de alimentos basados en preocupaciones de salud, o restricción de la ingesta de alimentos que resulta en una ingesta nutricionalmente deficiente.
- Trastorno de rumiación:** Episodios recurrentes de regurgitar o vomitar la comida que se ha ingerido recientemente.
- Trastorno de pica:** Consumo persistente de sustancias no nutritivas y potencialmente dañinas.
- Anorexia nerviosa:** Restricción de la ingesta que resulta en una pérdida de peso significativa.
- Bulimia nerviosa:** Episodios recurrentes de atracones seguidos de conductas compensatorias inapropiadas.

Características transdiagnósticas

Un escenario habitual es el de la paciente que comienza a una edad temprana de la adolescencia con una fuerte restricción alimentaria desarrollando AN. Posteriormente esta misma paciente puede llegar a experimentar una pérdida de control sobre la ingesta en forma de atracones y conductas compensatorias para contrarrestar sus efectos, cumpliendo criterios para BN en una adolescencia tardía. Tras este periodo, la paciente quizá logre liberarse de los vómitos y otras formas de compensación que le provocaban un gran malestar, mientras continúa presentando atracones. En este punto, podría cumplir criterios para el trastorno de atracones, o quizá trastorno de la conducta alimentaria especificado, e incluso desarrollar obesidad como consecuencia de los frecuentes atracones. Esta transición diagnóstica se apoya en los estudios que revelan que aproximadamente la mitad de las pacientes con AN desarrollan posteriormente una BN, si bien ese porcentaje en sentido inverso es mucho menor.



En la figura se puede observar la **transición diagnóstica** entre los trastornos alimentarios, en el que el inicio de los síntomas incluye la mayor o menor frecuencia de migración de unos síntomas a otros (Fairburn y Harrison, 2007). Además, se observa el **perfil temporal** en un continuo de peso corporal a lo largo del tiempo (Giblin, 2006), mostrando de manera inequívoca que los trastornos alimentarios comparten una misma psicopatología nuclear que los hace más semejantes que diferentes. La diferencia entre los subtipos radica, pues, en el balance final entre cambios de comida ingerida y las conductas compensatorias realizadas. Así, en la AN el balance tiende a una reducción de peso, mientras que en el resto de diagnósticos se mantiene el peso o incluso pueden llegar al sobrepeso o a la obesidad (Fairburn et al., 2008).



Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal, o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

Criterio C. Alteración en la manera en que el propio peso o forma corporales se experimenta, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar tipo:

- Tipo restrictivo:** durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas:** durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B, o el criterio C.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la QMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado:** $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave:** $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo:** $IMC \geq 15 \text{ kg/m}^2$



Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un período de tiempo determinado** (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Criterio B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la silueta y el peso corporales.

Criterio E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, se cumplen algunos criterios, pero no todos, durante un período continuado.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- Leve:** un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Moderado:** un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo:** un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.



Criterios diagnósticos del trastorno de atracones según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un período de tiempo determinado** (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Criterio B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse asqueado con uno mismo, deprimido, o muy avergonzado.

Criterio C. Malestar intenso respecto a los atracones.

Criterio D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- 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.



Criterios diagnósticos de la categoría «Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado» según el DSM-5 (APA, 2013).

Anorexia nerviosa atípica. Se cumplen todos los criterios para la AN, excepto en el peso del individuo, que a pesar de la pérdida significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.

Bulimia Nerviosa (de frecuencia baja o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para la BN, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses.

Trastorno de atracones (de frecuencia baja o duración limitada). Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones se producen, de promedio, menos de una vez a la semana o durante menos de tres meses.

Trastorno por purgas. Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la forma corporales (p. ej., vómito auto-provocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.

Síndrome de ingestión nocturna de alimentos. Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo sueño-vigilia o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno de atracones u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.



Criterios GOS (Great Ormond Street)

Anorexia nerviosa. Pérdida de peso buscada con empeño (no comer, vomitar, ejercicio); cogniciones anómalas sobre el cuerpo y el peso; preocupación mórbida con el peso y la figura.

Bulimia Nerviosa. Atracones y purgas recurrentes; sensación de perder el control; preocupación mórbida con el peso y la figura.

Trastorno de evitación emocional a la comida. Evitación del alimento no motivado por un trastorno afectivo primario; pérdida de peso; alteración de humor que no cumple criterios para un trastorno afectivo primario; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura; no trastorno orgánico ni psicosis.

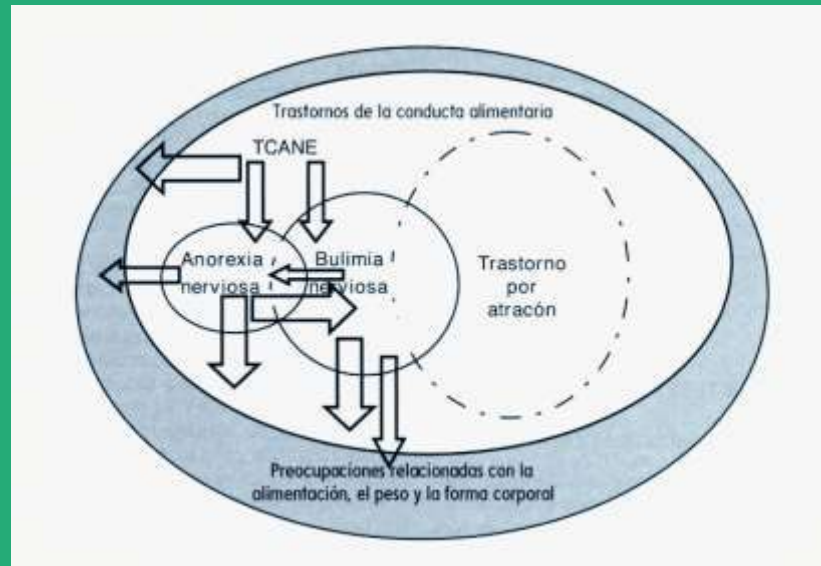
Comer selectivo. Repertorio limitado de alimentos desde al menos dos años; rechazo a probar alimentos nuevos; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura; ningún miedo a atragantarse, asfixiarse o vomitar; el peso puede ser bajo, normal o alto.

Disfagia funcional. Evitación de alimentos, miedo a tragar, atragantarse o vomitar; ausencia de cogniciones anómalas sobre el peso o la figura.

Síndrome de rechazo generalizado. Profundo rechazo a comer, beber, andar, hablar, o cuidarse; resistencia férrea a los intentos de ayuda.

Características transdiagnósticas

Un escenario habitual es el de la paciente que comienza a una edad temprana de la adolescencia con una fuerte restricción alimentaria desarrollando AN. Posteriormente esta misma paciente puede llegar a experimentar una pérdida de control sobre la ingesta en forma de atracones y conductas compensatorias para contrarrestar sus efectos, cumpliendo criterios para BN en una adolescencia tardía. Tras este periodo, la paciente quizá logre liberarse de los vómitos y otras formas de compensación que le provocaban un gran malestar, mientras continúa presentando atracones. En este punto, podría cumplir criterios para el trastorno de atracones, o quizá trastorno de la conducta alimentaria especificado, e incluso desarrollar obesidad como consecuencia de los frecuentes atracones. Esta transición diagnóstica se apoya en los estudios que revelan que aproximadamente la mitad de las pacientes con AN desarrollan posteriormente una BN, si bien ese porcentaje en sentido inverso es mucho menor.



En la Figura se puede observar la representación gráfica de la migración diagnóstica, en el que el ancho de las flechas indica la mayor o menor frecuencia de migración de unos subtipos a otros (Fairburn y Harrison, 2003). Además, se observa el patrón temporal en un continuo de peso corporal a lo largo del tiempo (Griio, 2006), mostrando de manera inequívoca que los trastornos alimentarios comparten una misma psicopatología nuclear que los hace más semejantes que diferentes. La diferencia entre los subtipos radicaría, pues, en el balance final entre cantidad de comida ingerida y las conductas compensatorias realizadas. Así, en la AN el balance lleva a una reducción de peso, mientras que en el resto de diagnósticos se mantiene el peso o incluso pueden llevar al sobrepeso o a la obesidad (Fairburn et al., 2003).

Anorexia nerviosa (AN)

Diagnóstico y características clínicas AN

Diagnóstico: Se basa en criterios de DSM-5, que requieren restricción energética, pérdida de peso, miedo a ganar peso y alteración de la imagen corporal.

Características clínicas: Incluye obsesión por el peso, conductas restrictivas, amenorrea y alteraciones emocionales.

Rice y Strubbe (1996). La alteración de la imagen corporal se manifiesta en estas pacientes como una gran insatisfacción con su figura corporal, o como un deseo de seguir perdiendo peso o de mantener el estado de demacración. Esta alteración no siempre se relaciona con una deformación perceptiva propiamente dicha, según la cual la paciente ve su cuerpo, aunque su cuerpo se encuentre en un estado de demacración grave.

Wood et al. (2002). Una cuestión interesante es la diferencia que se observó, en la mayoría de los estudios, entre las pacientes que cumplen criterios de AN subtipo restrictivo frente al subtipo con atracones/purgas. En el primer caso, presentan niveles más elevados de perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimiento de ineptitud, mientras que las pacientes del subtipo de atracones/purgas se caracterizan por un mayor grado de impulsividad, más labilidad emocional, conductas adictivas, antecedentes familiares de alcoholismo, sobrepeso previo al inicio de la propia enfermedad, y reacciones distónicas frecuentes. También se han encontrado diferencias en relación con la responsabilidad, pues las pacientes con subtipo atracones/purgas presentan un peor pronóstico.

Falkstein y Martini (2003). El núcleo de la AN es la sobrevaloración de la imagen corporal, o lo que es lo mismo, que las pacientes se valoren a sí mismas principalmente en función de su capacidad para controlar su peso y su figura corporal, dejando de lado otros aspectos del sí mismo.

Allen y Robson (2005). Las complicaciones físicas asociadas al bajo peso en la AN son numerosas. Es habitual que las pacientes presenten osteoporosis. Sin embargo, a lo largo de las investigaciones se ha observado que la amenorrea no siempre ocurre y el hecho de que está presente no implica una mayor gravedad del trastorno.

Preghel et al. (2013); Wewers et al. (2000). Las pacientes con AN experimentan pensamientos, imágenes e impulsos relacionados con la comida, la figura y el peso de manera repetitiva y con cierto grado de intrusión. Estas cogniciones llegan a interferir en su vida, disminuyendo su concentración y capacidad de realizar tareas.

Wassenaar et al. (2012). Las pacientes con AN experimentan pensamientos, imágenes e impulsos relacionados con la comida, la figura y el peso de manera repetitiva y con cierto grado de intrusión. Estas cogniciones, a pesar de que los sujetos notan que sus pensamientos les sirven para recordarse su estado, el control de su cuerpo, su alimentación y su peso.

Preghel (2003). La sobrevaloración de la imagen corporal implica un grado emocional hasta lo más de olvidar que los lleva a tratar de conseguir, cueste lo que cueste, su máxima proporción de la vida (y a veces el precio) en la expresión de su identidad.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad AN

Diagnóstico diferencial: Se debe distinguir de trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de personalidad y trastornos de conducta alimentaria.

Comorbilidad: Frecuentemente se presenta con trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de personalidad.

Alrededor del 75% presenta algún trastorno de ansiedad, entre los que se incluyen la fobia social, el trastorno de estrés posttraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y también el trastorno obsesivo-compulsivo. En cuanto a personalidad, destacan los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad, el perfeccionismo rígido y la necesidad de control. También se observan un elevado neuroticismo y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas.

| Trastorno, característica o sintomatología | Similitud | Diferencias |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Trastornos de ansiedad Trastorno de personalidad de la rigidez Trastorno obsesivo-compulsivo | <p>Restricción alimentaria y/o tipo puro</p> <p>Señales físicas</p> <p>Trastorno obsesivo-compulsivo</p> | <p>El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por un estado de ansiedad crónica y generalizada.</p> <p>El DSM-5 distingue entre:</p> <p>• Trastorno obsesivo-compulsivo: Se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y con cierto grado de intrusión, que causan angustia y/o interferencia significativa en el funcionamiento social, laboral o académico.</p> <p>• Trastorno de personalidad de la rigidez: Se caracteriza por una necesidad excesiva de control y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de personalidad de la rigidez Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva | <p>Señales físicas</p> <p>Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva</p> | <p>El DSM-5 distingue entre:</p> <p>• Trastorno de personalidad de la rigidez: Se caracteriza por una necesidad excesiva de control y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas.</p> <p>• Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva: Se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y con cierto grado de intrusión, que causan angustia y/o interferencia significativa en el funcionamiento social, laboral o académico.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de ansiedad social | <p>Ansiedad por la exposición del cuerpo con o sin el control del peso, como por ejemplo:</p> | <p>En la AN se valora a sí misma en función de su capacidad para controlar su peso y su figura corporal, dejando de lado otros aspectos del sí mismo.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva | <p>Señales físicas</p> | <p>El DSM-5 distingue entre:</p> <p>• Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva: Se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y con cierto grado de intrusión, que causan angustia y/o interferencia significativa en el funcionamiento social, laboral o académico.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva | <p>Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva</p> | <p>El DSM-5 distingue entre:</p> <p>• Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva: Se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y con cierto grado de intrusión, que causan angustia y/o interferencia significativa en el funcionamiento social, laboral o académico.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva | <p>Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva</p> | <p>El DSM-5 distingue entre:</p> <p>• Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva: Se caracteriza por pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos y con cierto grado de intrusión, que causan angustia y/o interferencia significativa en el funcionamiento social, laboral o académico.</p> |

Epidemiología y curso Evolutivo AN

Epidemiología: Prevalencia de 0.5% a 1% en adolescentes y jóvenes. Mayor incidencia en mujeres.

Curso Evolutivo: Puede ser crónico o remitente. El curso crónico se caracteriza por episodios de recaída.

Prevalencia

La prevalencia de la AN en adolescentes y jóvenes es de 0,5% a 1%. La AN es más frecuente en mujeres que en hombres. La AN es más frecuente en adolescentes y jóvenes que en otros grupos de edad.

Inicio y evolución

El inicio de la AN suele ser insidioso y se desarrolla a lo largo de un periodo de tiempo prolongado. El curso evolutivo de la AN puede ser crónico o remitente. El curso crónico se caracteriza por episodios de recaída.

Etiología AN

La exposición a los mensajes de la sociedad actual sobre los patrones estéticos de delgadez, como referencia de belleza y superioridad son un disparador para los trastornos alimentarios. Sin embargo, solo aquellas personas con cierta vulnerabilidad desarrollarán el trastorno. Se deben tener en cuenta desde predisposiciones genéticas, biológicas y psicológicas hasta factores ambientales.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Existen evidencias de que la AN tiene un componente genético. Los estudios de gemelos han demostrado que la AN tiene un componente genético fuerte. Además, se han encontrado alteraciones en los niveles de serotonina y dopamina en las pacientes con AN.

Factores psicológicos

Las características psicológicas de las pacientes con AN incluyen un alto nivel de perfeccionismo, una necesidad excesiva de control y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas. También se observan rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad y un alto nivel de neuroticismo.

Factores ambientales

Los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la AN incluyen la exposición a los mensajes de la sociedad actual sobre los patrones estéticos de delgadez, la presión social por parte de familiares y amigos, y la presencia de trastornos de ansiedad y depresión.

Diagnóstico y características clínicas AN

Rose y Srebnik (1990). La alteración de la imagen corporal se manifiesta en estas pacientes como una gran insatisfacción con su figura corporal, o como un deseo de seguir perdiendo peso o de mantener el estado de demacración. Esta alteración no siempre se relaciona con una distorsión perceptiva propiamente dicha, según la cual la paciente «se ve gorda», aunque su cuerpo se encuentre en un estado de demacración grave.

Ward et al. (2003). Una cuestión interesante es la diferencia que se observa, en la mayoría de los estudios, entre las pacientes que cumplen criterios de AN subtipo restrictivo frente al subtipo con atracones/purgas. En el primer caso, presentan niveles más elevados de perfeccionismo, rigidez, hiper responsabilidad y sentimientos de ineficacia; mientras que las pacientes del subtipo de atracones/purgas se caracterizan por un mayor grado de impulsividad, más labilidad emocional, conductas adjetivas, antecedentes familiares de obesidad, sobrepeso premórbido de la propia paciente, y reacciones distímicas frecuentes. También se han encontrado diferencias en relación con la recuperación, pues las pacientes con subtipo atracones/purgas presentan un peor pronóstico.

Fairburn y Harrison (2003). El núcleo de la AN es la **sobrevaloración de la imagen corporal**, o lo que es lo mismo, que las pacientes se valoren a sí mismas principalmente en función de su capacidad para controlar su peso y su figura corporal, dejando de lado otros aspectos del sí-mismo.

Attia y Roberto (2009). Las complicaciones físicas asociadas al bajo peso en la AN son numerosas. Es habitual que las pacientes presenten amenorrea. Sin embargo, a lo largo de las investigaciones se ha observado que la amenorrea no siempre ocurre y el hecho de que esté presente no implica una mayor gravedad del trastorno.

Perpiñá et al. (2011); Woolrich et al. (2008). Las pacientes con AN experimentan pensamientos, imágenes e impulsos relacionados con la comida, la figura y el peso de manera repetitiva y con cierto grado de intrusión. Estas cogniciones llegan a interferir en su vida, disminuyendo su concentración y causandoles malestar.

Roncero et al. (2013). Las pacientes con AN experimentan pensamientos, imágenes e impulsos relacionados con la comida, la figura y el peso de manera repetitiva y con cierto grado de intrusión. Estas cogniciones, a pesar de que les resultan molestos, las pacientes señalan que sus pensamientos les sirven para recordarles su meta: el control de su cuerpo, su alimentación y su peso.

Perpiñá (2015). La sobrevaloración de la imagen corporal implica un apego emocional hacia la idea de delgadez que las lleva a tratar de conseguir, cueste lo que cueste, su máximo propósito en la vida (y a veces el único) en la expresión de su identidad.





Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal, o en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.

Criterio B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

Criterio C. Alteración en la manera en que el propio peso o forma corporales se experimenta, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar tipo:

- Tipo restrictivo:** durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas:** durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas)

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, el criterio A no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el criterio B, o el criterio C.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la AN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el IMC actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la QMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

- Leve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderado:** $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave:** $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Extremo:** $IMC \geq 15 \text{ kg/m}^2$

Epidemiología y curso Evolutivo AN

Prevalencia

Hudson et al. (2007). Los datos señalan una prevalencia para la AN de 0,9% en mujeres en contraste con un 0,3% en hombres.

Smink et al. (2014). Cuando se tienen en cuenta muestras de jóvenes adolescentes, los índices de prevalencia aumentan hasta un 1,7%.

Hoek y Van Hoeken (2003); Pérez Gaspar et al. (2000); Rojo et al. (2003); Udo y Grilo (2018). En general, los datos sobre prevalencia vital no superan el 1%. Concretamente, se han encontrado tasas de alrededor del 0,3% y 0,8% en muestras norteamericanas y europeas, y de entre 0,2% y 0,7% en estudios realizados en España.

A pesar de no ser un trastorno con una elevada prevalencia, su gravedad viene dada por concentrarse en una franja de edad muy temprana y por su elevada tasa de mortalidad.

Inicio y evolución

Steinhausen (2002); Treasure (1991). Entre los factores de mal pronóstico destacan la duración del trastorno, con intentos fallidos terapéuticos, mínimo peso alcanzado, la edad tardía de inicio, la personalidad premórbida, las dificultades sociales y las relaciones interpersonales deterioradas.

Hoang et al. (2014). Algunos estudios señalan que las personas con AN entre 15 y 44 años presentan una tasa de mortalidad estandarizada entre 11,5% y 14%, mayores que las que se producen en personas con *esquizofrenia* y con *depresión*.

La edad media de inicio de la AN se ha estimado entre los 11 y los 18 años. En esta época (adolescencia) acontecen no solo importantes cambios físicos con la llamada «tormenta hormonal» que, entre otras cosas, implica cambios en la figura y el peso corporal. También se dan cambios psicosociales, con los nuevos roles y responsabilidades que ha de asumir la persona en el comienzo de su vida adulta. Como factores desencadenantes, también destacan las situaciones estresantes o transiciones vitales que ocasionan una pérdida subjetiva de control por parte de la paciente.

Con el paso del tiempo, es muy frecuente que las pacientes con AN desarrollen síntomas asociados a la BN durante los primeros años del trastorno. En ocasiones se produce una cronicidad del trastorno, que llega incluso a ocasionar la muerte por las complicaciones médicas debidas a la desnutrición. Después de esta causa de muerte, le sigue la asociada al suicidio.

Prevalencia

Hudson et al. (2007). Los datos señalan una prevalencia para la AN de 0,9% en mujeres en contraste con un 0,3% en hombres.

Smink et al. (2014). Cuando se tienen en cuenta muestras de jóvenes adolescentes, los índices de prevalencia aumentan hasta un 1,7%.

Hoek y Van Hoeken (2003); Pérez Gaspar et al. (2000); Rojo et al. (2003); Udo y Grilo (2018). En general, los datos sobre prevalencia vital no superan el 1 %. Concretamente, se han encontrado tasas de alrededor del 0,3% y 0,8% en muestras norteamericanas y europeas, y de entre 0,2% y 0,7% en estudios realizados en España.

A pesar de no ser un trastorno con una elevada prevalencia, su gravedad viene dada por concentrarse en una franja de edad muy temprana y por su elevada tasa de mortalidad.

Inicio y evolución

Steinhausen (2002); Treasure (1991). Entre los factores de mal pronóstico destacan la duración del trastorno, con intentos fallidos terapéuticos, mínimo peso alcanzado, la edad tardía de inicio, la personalidad premórbida, las dificultades sociales y las relaciones interpersonales deterioradas.

Hoang et al. (2014). Algunos estudios señalan que las personas con AN entre 15 y 44 años presentan una tasa de mortalidad estandarizada entre 11,5% y 14%, mayores que las que se producen en personas con esquizofrenia y con depresión.

La edad media de inicio de la AN se ha estimado **entre los 13 y los 18 años**. En esta época (adolescencia) acontecen no solo importantes cambios físicos con la llamada «tormenta hormonal» que, entre otras cosas, implica cambios en la figura y el peso corporal. También se dan cambios psicosociales, con los nuevos roles y responsabilidades que ha de asumir la persona en el comienzo de su vida adulta. Como factores desencadenantes, también destacan las situaciones estresantes o transiciones vitales que ocasionan una pérdida subjetiva de control por parte de la paciente.

Con el paso del tiempo, es muy frecuente que las pacientes con AN desarrollen síntomas asociados a la BN durante los primeros años del trastorno. En ocasiones se produce una cronificación del trastorno, que llega incluso a ocasionar la muerte por las complicaciones médicas debidas a la desnutrición. Después de esta causa de muerte, le sigue la asociada al suicidio.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad AN

Alrededor del 75% presenta algún trastorno de ansiedad, entre los que se incluyen la fobia social, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y también el trastorno obsesivo-compulsivo. En cuanto a personalidad, destacan los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad, el perfeccionismo rígido y la necesidad de control. También se observan un elevado neuroticismo y una excesiva necesidad de aprobación y alabanzas.

| OTROS TRASTORNOS Y ENFERMEDADES | SIMILITUDES | DIFERENCIAS |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades médicas <input checked="" type="checkbox"/> Uso de sustancias <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de evitación/restricción de la ingesta <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos depresivos | Restricción alimentaria y/o bajo peso. | El comportamiento alimentario anormal no se asocia al temor a ganar peso. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Esquizofrenia | Restricción alimentaria | Se debe a síntomas psicóticos. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo | Pensamientos, imágenes, impulsos y/o comportamientos repetitivos. | En la AN se limitan al peso, la alimentación y la imagen corporal. No se presentan obsesiones, sino ideas sobrevaloradas. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de <u>ansiedad social</u> | Ansiedad ante la exposición (de comer con otros o exhibirse) ante otras personas. | En la AN se relaciona con la imagen corporal y la alimentación (solas o acompañadas). |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fobia específica | No comer determinado alimento. | El temor se presenta ante la posibilidad de ahogarse o vomitar, no por engordar o mantenerse en el peso. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno <u>dismórfico corporal</u> | Preocupaciones por defectos físicos reales o imaginados. | En la AN se asocia al peso y a la imagen corporal en general. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bulimia nerviosa | Atracones y comportamientos dirigidos a impedir el aumento de peso. | En la BN el peso no será significativamente bajo, sino que será normal, e incluso algo por encima. |

Etiología AN

La exposición a los mensajes de la sociedad actual sobre los patrones estéticos de delgadez como referencia de belleza y superioridad son un disparador para los trastornos alimentarios. Sin embargo, solo aquellas personas con cierta vulnerabilidad desarrollarán el trastorno. Se deben tener en cuenta desde predisposiciones genéticas, biológicas y psicológicas hasta factores ambientales.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Bailey y Kaye (2010). Las investigaciones indican que las personas con AN presentan niveles bajos de 5-HIAA, el principal metabolito de la 5-HT, pero paradójicamente tras la recuperación, sus niveles son significativamente más elevados que los de los grupos control.

Larsen et al. (2020). Encuentran evidencias sobre el riesgo de padecer AN asociado a la prematuridad en el nacimiento y a la mayor edad de los padres.

Los aspectos biológicos relacionados con la etiología de los trastornos alimentarios en general y la AN en concreto, incluyen factores genéticos, anomalías cerebrales y alteraciones hormonales como relevantes en la vulnerabilidad a estos trastornos. En cuanto a las áreas cerebrales, estudios con animales han mostrado el papel fundamental del hipotálamo en la regulación del apetito y el control del peso en roedores. Asimismo, también parecen ser cruciales las áreas orbitofrontal y temporal del córtex, relacionadas con la percepción de estímulos placenteros como el olfato y el gusto, y con la imagen corporal. Se sabe que la actividad de la serotonina (5-HT) se asocia a la regulación de la ingesta y del peso, pero también a la sintomatología obsesiva, al afecto y al control de los impulsos, es decir, síntomas todos presentes en muchas de las pacientes con trastornos alimentarios.

Factores psicológicos

Halmi et al. (2012); Perpiñá (2015). Destaca también como factor de vulnerabilidad, para la AN especialmente, aunque también para el resto de subtipos, el llamado «sustrato de personalidad obsesivo-compulsivo» caracterizado por el perfeccionismo rígido, excesiva responsabilidad, escrupulosidad moral, intolerancia a la incertidumbre, estímulos elevados y necesidad de control. Algunos de estos características se observan durante la infancia y persisten una vez recuperadas las personas, lo que sugiere que se trata de rasgos premórbidos que contribuyen a la aparición del trastorno.

En el caso de la AN, comparado con el resto de los subtipos de trastornos alimentarios, se han observado niveles elevados de evitación del daflo. También destacan en persistencia, donde el subtipo restrictivo muestra niveles mayores que en BN, trastorno de atracones y trastorno alimentario no especificado. Por lo que respecta a la intolerancia emocional, se ha destacado su papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de la BN.

Desde los modelos cognitivos se enfatiza la relevancia de sesgos en el procesamiento de la información relacionados con el cuerpo y la comida, así como disfunciones cognitivas como la atención selectiva, pensamientos intrusos, y esquemas desadaptativos. También hay que señalar la experiencia de ciertos eventos vitales estresantes que sirven como desencadenante del trastorno, no solo para la AN, sino también transdiagnóstico. Se suelen observar, en el inicio del trastorno, rupturas familiares, historias de abusos (sexual, psicológico y físico), así como burlas, habitualmente asociadas al aspecto físico.

Factores socioculturales

Thompson y Stone (2001). Señalan la internalización de la delgadez como ideal de belleza como un elemento clave en el desarrollo de los trastornos alimentarios, especialmente para la AN y BN.

Byrne (2002). Existen determinadas profesiones y actividades donde se advierten índices de prevalencia especialmente elevados, como entre las modelos, las bailarinas de ballet, las atletas y las gimnastas.

Fairburn et al. (2008). Constataron que la presión social por lograr la delgadez lleva a muchas adolescentes a hacer dieta, lo cual se ha destacado como factor de riesgo para sufrir un trastorno alimentario.

Los trastornos alimentarios se consideran los trastornos mentales más dependientes de la cultura. Muestra de ello es que la prevalencia varía en función del sexo (mayor prevalencia en mujeres) y la cultura. Su presencia se asocia al estándar de belleza caracterizado por una excesiva delgadez, imperante en las sociedades occidentales y occidentalizadas. Sin embargo, es importante destacar que se han descrito casos de AN desde mucho antes de existir los cánones de belleza de delgadez y de que este trastorno fuera descrito, también existen casos de AN en países no occidentales (distintos cánones de belleza). Estos hechos señalan que la AN no solo se relaciona con la internalización de la delgadez como ideal de belleza, sino que otros factores biológicos y psicológicos.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Bailer y Kaye (2010). Las investigaciones indican que las personas con AN presentan niveles bajos de 5-HIAA, el principal metabolito de la 5-HT, pero paradójicamente tras la recuperación, sus niveles son significativamente más elevados que los de los grupos control.

Larsen et al. (2020). Encuentran evidencias sobre el riesgo de padecer AN asociado a la prematuridad en el nacimiento y a la mayor edad de los padres.

Los aspectos biológicos relacionados con la etiología de los trastornos alimentarios en general y la AN en concreto, incluyen factores genéticos, anomalías cerebrales y alteraciones hormonales como relevantes en la vulnerabilidad a estos trastornos. En cuanto a las áreas cerebrales, estudios con animales han mostrado el papel fundamental del hipotálamo en la regulación del apetito y el control del peso en roedores. Asimismo, también parecen ser cruciales las áreas orbitofrontal y temporal del córtex, relacionadas con la percepción de estímulos placenteros como el olfato y el gusto, y con la imagen corporal. Se sabe que la actividad de la serotonina (5-HT) se asocia a la regulación de la ingesta y del peso, pero también a la sintomatología obsesiva, al afecto y al control de los impulsos, es decir, síntomas todos presentes en muchas de las pacientes con trastornos alimentarios.

Factores psicológicos

Halmi et al. (2012; Perpiñá (2015). Destaca también como factor de vulnerabilidad, para la AN especialmente, aunque también para el resto de subtipos, el llamado «sustrato de personalidad obsesivo-compulsivo» caracterizado por el perfeccionismo rígido, excesiva responsabilidad, escrupulosidad moral, intolerancia a la incertidumbre, estándares elevados y necesidad de control. Algunas de estas características se observan durante la infancia y persisten una vez recuperadas las personas, lo que sugiere que se trata de rasgos premórbidos que contribuyen a la aparición del trastorno.

En el caso de la AN, comparado con el resto de los subtipos de trastornos alimentarios, se han observado niveles elevados de evitación del daño. También destacan en persistencia, donde el subtipo restrictivo muestra niveles mayores que en BN, trastorno de atracones y trastorno alimentario no especificado. Por lo que respecta a la intolerancia emocional, se ha destacado su papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de la BN.

Desde los modelos cognitivos se enfatiza la relevancia de sesgos en el procesamiento de la información relacionados con el cuerpo y la comida, así como disfunciones cognitivas como la atención selectiva, pensamientos intrusos, y esquemas desadaptativos. También hay que señalar la experiencia de ciertos eventos vitales estresantes que sirven como desencadenante del trastorno, no solo para la AN, sino también transdiagnóstico. Se suelen observar, en el inicio del trastorno, rupturas familiares, historias de abusos (sexual, psicológico y físico), así como burlas, habitualmente asociadas al aspecto físico.

Factores socioculturales

Thompson y Stice (2001). Señalan la internalización de la delgadez como ideal de belleza como un elemento clave en el desarrollo de los trastornos alimentarios, especialmente para la AN y BN.

Byrne (2002). Existen determinadas profesiones y actividades donde se advierten índices de prevalencia especialmente elevados, como entre las modelos, las bailarinas de ballet, las atletas y las gimnastas.

Fairburn et al. (2005). Constataron que la presión social por lograr la delgadez lleva a muchas adolescentes a hacer dieta, lo cual se ha destacado como factor de riesgo para sufrir un trastorno alimentario.

Los trastornos alimentarios se consideran los trastornos mentales más dependientes de la cultura. Muestra de ello es que la prevalencia varía en función del sexo (mayor prevalencia en mujeres) y la cultura. Su presencia se asocia al estándar de belleza caracterizado por una excesiva delgadez, imperante en las sociedades occidentales y occidentalizadas. Sin embargo, es importante destacar que se han descrito casos de AN desde mucho antes de existir los cánones de belleza de delgadez y de que este trastorno fuera descrito, también existen casos de AN en países no occidentales (distintos cánones de belleza). Estos hechos señalan que la AN no solo se relaciona con la internalización de la delgadez como ideal de belleza, sino que otros factores biológicos y psicológicos.

Bulimia nerviosa (BN)

Diagnóstico y características clínicas BN

La palabra bulimia significa literalmente «hambre de bueyes», en alusión a la presencia de episodios de **impulso irrefrenable e imperioso de comer** que la paciente no puede controlar. Estos atracones van seguidos de **conductas compensatorias encaminadas a evitar el aumento de peso**, que se dan al menos una vez por semana durante tres meses. Otro aspecto crucial en la BN es que la autoevaluación se basa principalmente en la imagen corporal. Como en el caso de la AN, este trastorno está asociado con la propia identidad de la persona, siendo también característica la baja autoestima. Sin embargo, mientras que en la AN la delgadez es valorada como un éxito en sí mismo, en el sentido de que lo interpretan como el logro del control sobre su cuerpo, en el caso de la bulimia nerviosa el anhelo de la delgadez representa un intento desesperado de ser querida y valorada por los demás. Están absolutamente convencidas de que, independientemente de sus logros en cualquier aspecto de su vida, los demás solo las apreciarán si están delgadas.



Gerald Russell (1979): Acuña el término de **bulimia nerviosa (BN)** describiéndola como una complicación de la **anorexia nerviosa (AN)**.

Epidemiología y curso Evolutivo BN

Prevalencia

Wells et al. (2000): Según su estudio, la prevalencia de bulimia nerviosa en la población general es del 1,6%.

Wells & Rodham (2003): Según su estudio, la prevalencia de bulimia nerviosa en la población general es del 1,6%.

Wells et al. (2000): Según su estudio, la prevalencia de bulimia nerviosa en la población general es del 1,6%.

Inicio y evolución

Wells et al. (2000): Según su estudio, el inicio de la bulimia nerviosa suele ocurrir entre los 18 y los 24 años de edad.

Wells et al. (2000): Según su estudio, el inicio de la bulimia nerviosa suele ocurrir entre los 18 y los 24 años de edad.

Wells et al. (2000): Según su estudio, el inicio de la bulimia nerviosa suele ocurrir entre los 18 y los 24 años de edad.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad BN

Fernández-Aranda et al. (2007): Entre un 72,1% y un 84,2% de las personas con BN presentan depresión mayor en algún momento de su vida y alrededor del 80,6% reciben un diagnóstico de trastorno de atracónes y purgas.

Halmi (2010): Son muy habituales los trastornos de la personalidad, del control de los impulsos, el abuso de sustancias, y/o las autolesiones.

| CRITERIO DIAGNÓSTICO Y DIFERENCIAL | ANOREXIA | BULIMIA |
|---|----------|---------|
| ✓ Perfeccionismo y autoevaluación | Alta | Alta |
| ✓ Perfeccionismo y autoevaluación | Alta | Alta |
| ✓ Episodios de atracones (mayor que el consumo normal de comida) | No | Si |
| ✓ Episodios de atracones (mayor que el consumo normal de comida) | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |
| ✓ Trastorno de personalidad límite | No | Si |

Etiología BN

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

La etiología de la bulimia nerviosa es compleja y multifactorial, involucrando factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Los estudios genéticos sugieren que la herencia juega un papel importante en el desarrollo de este trastorno, con tasas de concordancia más altas en gemelos idénticos que en gemelos fraternos. Además, alteraciones en la regulación de la serotonina y la dopamina se han asociado con la patología de la BN.

Factores psicofisiológicos

Los factores psicofisiológicos incluyen alteraciones en la regulación de la serotonina y la dopamina, así como en la actividad de la corteza prefrontal y la corteza insular. Estas alteraciones pueden contribuir a la impulsividad y a la dificultad para controlar los impulsos de comer.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos incluyen trastornos de la personalidad, como el trastorno de personalidad límite, y trastornos de ansiedad, como la depresión y la ansiedad generalizada. Estos trastornos pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa.

Factores ambientales

Los factores ambientales incluyen la cultura de la delgadez, la presión social por mantener un peso bajo y la exposición a imágenes de cuerpos ideales. Estos factores pueden contribuir al desarrollo de la bulimia nerviosa.

Diagnóstico y características clínicas BN

La palabra bulimia significa literalmente «hambre de buey», en alusión a la presencia de episodios de impulso irrefrenable e imperioso de comer que la paciente no puede controlar. Estos atracones van seguidos de conductas compensatorias encaminadas a evitar el aumento de peso, que se dan al menos una vez por semana durante tres meses. Otro aspecto crucial en la BN es que la autoevaluación se basa principalmente en la imagen corporal. Como en el caso de la AN, este trastorno está asociado con la propia identidad de la persona, siendo también característica la baja autoestima. Sin embargo, mientras que en la AN la delgadez es valorada como un éxito en sí mismo, en el sentido de que lo interpretan como el logro del control sobre su cuerpo, en el caso de la bulimia nerviosa el anhelo de la delgadez representa un intento desesperado de ser querida y valorada por los demás. Están absolutamente convencidas de que, independientemente de sus logros en cualquier aspecto de su vida, los demás solo las apreciarán si están delgadas.



| Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013). | |
|--|--|
| Criterio A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: <ul style="list-style-type: none">✓ Ingesta, en un período de tiempo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es considerablemente mayor a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar de tiempo.✓ Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). | |
| Criterio B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-producido, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. | |
| Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. | |
| Criterio D. La autoevaluación se ve indolentemente influida por la silueta y el peso corporales. | |
| Criterio E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN. | |
| Exclusión de: <ul style="list-style-type: none">✓ Trastorno de pánico: después de haberse cumplido los criterios para la BN, se han tenido algunos episodios de pánico, pero no durante un período continuado.✓ Trastorno de ansiedad: después de haberse cumplido con los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado. | |
| Especificar la gravedad actual: <ul style="list-style-type: none">✓ Leve: el número de episodios de atracones y comportamientos compensatorios inapropiados es menor a la semana.✓ Modificada: un promedio de 4-7 episodios de atracones y comportamientos inapropiados a la semana.✓ Grave: un promedio de 8-13 episodios de atracones y comportamientos inapropiados a la semana.✓ Tristeza: un promedio de 14 episodios de atracones y comportamientos inapropiados a la semana. | |

Gerald Russell (1979). Acuña el término de bulimia nerviosa (BN) describiéndolo como una complicación de la anorexia nerviosa (AN).



Criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un período de tiempo determinado** (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Criterio B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito auto-provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Criterio C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se producen, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la silueta y el peso corporales.

Criterio E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de AN.

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, se cumplen algunos criterios, pero no todos, durante un período continuado.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- Leve:** un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- Moderado:** un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo:** un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Epidemiología y curso Evolutivo BN

Prevalencia

Pérez-Gaspar et al. (2000); Rojo et al. (2003). En España, la prevalencia vital parece estar en torno al 0,4-0,8%.

Hoek & Van Hoeken (2003); Kessler et al. (2013); Udo y Grilo (2018). Para la BN se estima una prevalencia vital de 0,28-1% en estudios llevados a cabo en EE. UU., Europa, y a nivel mundial, siendo la prevalencia anual de un 0,14-0,4%.

Hudson et al. (2007). Respecto a la diferencia entre mujeres y hombres, se observan una prevalencia de alrededor del 1,5% para mujeres y 0,5% en hombres.

Inicio y evolución

Fairburn et al. (2003); Keel et al. (2010). Se ha observado que la historia de obesidad en la infancia, un peor ajuste social, el abuso de alcohol, la mayor duración del trastorno, y el mantenimiento de la importancia sobre la delgadez son predictores de mal pronóstico.

Kessler et al. (2013). La edad de inicio de la BN se sitúa entre los 18 y los 21 años, con una media de 20,6 años.

Kessler et al. (2013). La evolución media aproximada de un episodio de BN está en 6,5 años, con un rango entre 2,2 y 15,4.

Hoang et al. (2014). Por lo que respecta a la tasa estandarizada de mortalidad, los estudios señalan entre un 4,1 y un 7,7 para las personas entre 15 y 44 años.

La edad de inicio de la BN es más tardía que la AN. Es habitual que las pacientes con BN presenten historia previa de AN. En el 10% de los casos evoluciona a un trastorno de atracones. A pesar de que el curso tiende a ser más favorable que el de la AN, la BN puede cronificarse si no se recibe tratamiento.

Prevalencia

Pérez-Gaspar et al. (2000); Rojo et al. (2003). En España, la prevalencia vital parece estar en torno al 0,4-0,8%.

Hoek & Van Hoeken (2003); Kessler et al. (2013); Udo y Grilo (2018). Para la BN se estima una prevalencia vital de 0,28-1% en estudios llevados a cabo en EE. UU., Europa, y a nivel mundial, siendo la prevalencia anual de un 0,14-0,4% .

Hudson et al. (2007). Respecto a la diferencia entre mujeres y hombres, se observan una prevalencia de alrededor del 1,5% para mujeres y 0,5% en hombres.

Inicio y evolución

Fairburn et al. (2003); Keel et al. (2010). Se ha observado que la historia de obesidad en la infancia, un peor ajuste social, el abuso de alcohol, la mayor duración del trastorno, y el mantenimiento de la importancia sobre la delgadez son predictores de mal pronóstico.

Kessler et al. (2013). La edad de inicio de la BN se sitúa entre los 18 y los 21 años, con una media de 20,6 años.

Kessler et al. (2013). La evolución media aproximada de un episodio de BN está en 6,5 años, con un rango entre 2,2 y 15,4.

Hoang et al. (2014). Por lo que respecta a la tasa estandarizada de mortalidad, los estudios señalan entre un 4,1 y un 7,7 para las personas entre 15 y 44 años.

La edad de inicio de la BN es más tardía que la AN. Es habitual que las pacientes con BN presenten historia previa de AN. En el 10% de los casos evoluciona a un trastorno de atracones. A pesar de que el curso tiende a ser más favorable que el de la AN, la BN puede cronificarse si no se recibe tratamiento.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad BN

Fernández-Aranda et al. (2007). Entre un 72,1% y un 84,2% de las personas con BN presentan depresión mayor en algún momento de su vida y alrededor del 80,6% reciben un diagnóstico de trastorno de Atracones y purgas.

Halmi (2010). Son muy habituales los trastornos de la personalidad, del control de los impulsos, el abuso de sustancias, y/o las autolesiones.

| OTROS TRASTORNOS Y ENFERMEDADES | SIMILITUDES | DIFERENCIAS |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades médicas <input checked="" type="checkbox"/> Consumo excesivo de sustancias | Vómitos o diarrea | Se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica o al uso de sustancias. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Episodio depresivo mayor con características atípicas en trastorno depresivo mayor o bipolar I | Comer en exceso. | No se produce necesariamente en forma de atracones. No adoptan mecanismos compensatorios. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de personalidad límite | Atracones. | Los atracones en la BN están seguidos por comportamientos compensatorios y existe una sobrevaloración del peso y de la forma corporal. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno dismórfico corporal | Preocupaciones por defectos físicos reales o imaginados. | En la BN la preocupación se asocia al peso y a la imagen corporales exclusivamente. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de atracones | Atracones. | En el trastorno de atracones no existen comportamientos compensatorios para contrarrestar el efecto del atracón. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anorexia nerviosa | Atracones y purgas | En la AN el peso será significativamente bajo. |

Etiología BN

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Strauber et al. (2000). Se ha observado que los familiares de primer grado de pacientes con BN tienen alrededor de un 4,4% de mayor riesgo de padecer este trastorno que los familiares de grupos control sin BN. Este riesgo aumenta al 24% cuando en las familias de las personas con BN se observa cualquier trastorno alimentario, ya sea a nivel clínico o subclínico.

Bailer y Kaye (2010). Investigaciones han mostrado la relevancia de la serotonina: los niveles de 5-HT encontrados en pacientes con BN son normales, pero al igual que sucede en las pacientes con AN, estos niveles son también elevados en las pacientes recuperadas.

Favaro et al. (2006); Goodman et al. (2014). Los estudios sobre la relevancia de los factores perinatales y complicaciones neonatales asociadas a la BN son escasas, pero los resultados parecen señalar que una desviación en el peso, tanto por exceso como por defecto, posiblemente asociada a alteraciones metabólicas tempranas, predicen un padecimiento posterior de BN.

Larsen et al. (2020). Se observa un mayor riesgo asociado a la prematuridad en el nacimiento y a una mayor edad de los progenitores, aunque en menor grado que en la AN.

Factores psicológicos

Cloninger et al. (1997). La BN destaca en el rasgo de búsqueda de novedades.

Haynos y Fruzzetti (2011). Un rasgo muy característico de las pacientes con BN es la intolerancia emocional. Las pacientes presentan serias dificultades a la hora de afrontar emociones intensas, no solo las negativas, sino también las positivas, lo que representa un punto de vulnerabilidad a emplear el atracón y el vómito como mecanismos de regulación de dichas emociones.

Auye et al. (2015). Destacan los rasgos de evitación del daño y persistencia, aunque no parecen tan elevados como en las pacientes con AN.

La búsqueda de novedades, que implica impulsividad, se ha asociado al fenómeno de migración en los trastornos alimentarios y también al consumo de sustancias. Aunque el perfeccionismo y la necesidad de control se destacan como factores de vulnerabilidad principalmente en relación con la AN, también se han señalado como elementos transdiagnósticos y, por tanto, también relevantes en la BN. A nivel familiar, en comparación con grupos control, las familias de pacientes con BN son descritas como poco cohesionadas, con mayor número de miembros haciendo dieta, expectativas parentales más elevadas, y más comentarios acerca de la apariencia sobre las mujeres y la necesidad de hacer dieta.

Factores socioculturales

Tara (1996). A diferencia de la AN, la aparición de la BN en los años setenta y ochenta del siglo pasado está muy ligada al nuevo ideal de belleza femenina de esa época, cuando el cuerpo se convierte en objeto expuesto a la atención pública (aspecto que se compatibiliza aún más actualmente con el flujo de las redes sociales), junto con un bombardeo constante de normas, imágenes, estéticas, y éticas, en las que proliferan productos y servicios para adelgazar que refuerzan la internalización del ideal de belleza de delgadez.

Los trastornos alimentarios son altamente dependientes de la cultura. Una vez se ha interiorizado el modelo corporal, la persona con altas exigencias respecto a su peso y forma corporal tratará de combatir su insatisfacción corporal y menosprecio, realizando prácticas restrictivas, lo que la hará vulnerable a experimentar atracones y a su vez a un incremento del afecto negativo, que tratará de controlar aumentando la dieta y la restricción.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Stroeber et al. (2000). Se ha observado que los familiares de primer grado de pacientes con BN tienen alrededor de un 4,4% de mayor riesgo de padecer este trastorno que los familiares de grupos control sin BN. Este riesgo aumenta al 24% cuando en las familias de las personas con BN se observa cualquier trastorno alimentario, ya sea a nivel clínico o subclínico.

Bailer y Kaye (2010). Investigaciones han mostrado la relevancia de la serotonina: los niveles de 5-HT encontrados en pacientes con BN son normales, pero al igual que sucede en las pacientes con AN, estos niveles son también elevados en las pacientes recuperadas.

Favaro et al. (2006); Goodman et al. (2014). Los estudios sobre la relevancia de los factores perinatales y complicaciones neonatales asociadas a la BN son escasos, pero los resultados parecen señalar que una desviación en el peso, tanto por exceso como por defecto, posiblemente asociado a alteraciones metabólicas tempranas, predicen un padecimiento posterior de BN.

Larsen et al. (2020). Se observa un mayor riesgo asociado a la prematuridad en el nacimiento y a una mayor edad de los progenitores, aunque en menor grado que en la AN.

Factores psicológicos

Cloninger et al. (1997). *La BN destaca en el rasgo de búsqueda de novedades.*

Haynos y Fruzzetti (2011). *Un rasgo muy característico de las pacientes con BN es la intolerancia emocional. Las pacientes presentan serias dificultades a la hora de afrontar emociones intensas, no solo las negativas, sino también las positivas, lo que representa un punto de vulnerabilidad a emplear el atracón y el vómito como mecanismos de regulación de dichas emociones.*

Atiye et al. (2015). *Destacan los rasgos de evitación del daño y persistencia, aunque no parecen tan elevados como en las pacientes con AN.*

La búsqueda de novedades, que implica impulsividad, se ha asociado al fenómeno de migración en los trastornos alimentarios y también al consumo de sustancias. Aunque el perfeccionismo y la necesidad de control se destacan como factores de vulnerabilidad principalmente en relación con la AN, también se han señalado como elementos transdiagnósticos y, por tanto, también relevantes en la BN. A nivel familiar, en comparación con grupos control, las familias de pacientes con BN son descritas como poco cohesionadas, con mayor número de miembros haciendo dieta, expectativas parentales más elevadas, y más comentarios acerca de la apariencia sobre las mujeres y la necesidad de hacer dieta.

Factores socioculturales

Toro (1996). A diferencia de la AN, la aparición de la BN en los años setenta y ochenta del siglo pasado está muy ligado al nuevo ideal de belleza femenina de esa época, cuando el cuerpo se convierte en objeto expuesto a la atención pública (aspecto que se complica aún más actualmente con el auge de las redes sociales), junto con un bombardeo constante de normas, imágenes, estéticas, y éticas, en las que proliferan productos y servicios para adelgazar que refuerzan la internalización del ideal de belleza de delgadez.

Los trastornos alimentarios son altamente dependientes de la cultura. Una vez se ha interiorizado el modelo corporal, la persona con altas exigencias respecto a su peso y forma corporal tratará de combatir su insatisfacción corporal y menosprecio realizando prácticas restrictivas, lo que la hará vulnerable a experimentar atracones y a su vez a un incremento del afecto negativo, que tratará de controlar aumentando la dieta y la restricción.

Trastorno de atracones

Diagnóstico y características clínicas Trastorno de atracones

Albert Stunkard (1933): Diferenció entre los pacientes con obesidad que presentaban atracones de los que no.

Fitzgibbon y Blockman (2006): En un estudio donde se analizaron las diferencias entre los atracones de la BN y los del trastorno de atracones se observó que estas no difieren en número de episodios, aunque los pacientes con BN consumían más alimentos de carbono y azúcar durante los atracones que los pacientes con trastorno de atracones.

Grucza et al. (2007): Los resultados de los estudios muestran un funcionamiento psicológico peor que en las personas con obesidad sin trastorno de atracones y que en las personas con peso normal y con sobrepeso.

Hudson et al. (2010): Las personas con trastorno de atracones suelen presentar sobrepeso u obesidad. Además, tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones médicas asociadas al síndrome metabólico, como enfermedades cardíacas, problemas circulatorios o diabetes tipo II. Se ha observado que la probabilidad de padecer estas enfermedades es mayor a la asociada a la propia obesidad por sí sola.

La característica central del trastorno de atracones es la presencia recurrente de atracones. Estos atracones se caracterizan por una ingesta más rápida de la normal, hasta sentirse desagradablemente lleno, que ocurre a pesar de no tener hambre, tener saciedad o estar ya lleno, y provocar dolor, hinchazón o náuseas. También falta la regulación o la inhibición emocional más prevalente de estos comportamientos en los trastornos alimentarios. En el caso del trastorno de atracones, es habitual que el atracón esté desencadenado por estados emocionales, principalmente negativos, relacionados con la falta de regulación del estado emocional. Por otra parte, se observa que no personas tan diagnosticadas con trastorno de atracones que presentan obesidad tienen un peso igual o inferior, que no se debe a la obesidad en sí.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad Trastorno de atracones

Grilo et al. (2009); Hudson et al. (2007): Por lo que respecta a la comorbilidad con otros trastornos mentales, se observa que alrededor del 75% de los pacientes presentan al menos un diagnóstico comorbido. Los más comunes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente (dilatado), que se observa en aproximadamente la mitad de los pacientes, junto con los trastornos de ansiedad y de control de los impulsos.

La característica principal del trastorno de atracones es la presencia de atracones recurrentes en ausencia de comportamientos compensatorios. La enfermedad comorbida más habitual en el trastorno de atracones es la **obesidad**, con todas las complicaciones médicas asociadas a la misma.

| OTROS TRASTORNOS Y ENTORNOSES | SIMILITUDES | DIFERENCIAS |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Episodio depresivo mayor con características atípicas no trastorno depresivo mayor o bipolar I Trastorno de la personalidad límite | <ul style="list-style-type: none"> Comer en exceso. Presencia de atracones. | <ul style="list-style-type: none"> En el episodio depresivo no se produce necesariamente en forma de atracones. El trastorno de personalidad límite se caracteriza por la presencia de un patrón perturbado de sensibilidad. |
| <ul style="list-style-type: none"> Obesidad | <ul style="list-style-type: none"> IMC ≥ 30 | <ul style="list-style-type: none"> En la obesidad, no necesariamente se dan atracones. |
| <ul style="list-style-type: none"> Diferencia relevante | <ul style="list-style-type: none"> Presencia de atracones. | <ul style="list-style-type: none"> En la BN, los atracones se siguen de comportamientos compensatorios. |

Epidemiología y curso Evolutivo Trastorno de atracones

Prevalencia

Grilo et al. (2009): La prevalencia del trastorno de atracones oscila entre el 1,5% y el 3,5% en la población de adolescentes y jóvenes. La prevalencia de atracones en la población adulta oscila entre el 1,5% y el 3,5%.

Grilo et al. (2009): La prevalencia de atracones oscila entre el 1,5% y el 3,5% en la población adulta.

Inicio y evolución

Grilo et al. (2009): El inicio del trastorno de atracones suele ser en la adolescencia o en la juventud.

Grilo et al. (2009): El curso evolutivo del trastorno de atracones suele ser crónico y recurrente.

Etiología Trastorno de atracones

Factores psicológicos

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de personalidad, especialmente con el trastorno de personalidad límite.

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de personalidad, especialmente con el trastorno de personalidad límite.

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada.

Factores neuroquímicos

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de personalidad, especialmente con el trastorno de personalidad límite.

Grilo et al. (2009): El trastorno de atracones suele estar asociado con trastornos de ansiedad, especialmente con el trastorno de ansiedad generalizada.

Diagnóstico y características clínicas Trastorno de atracones

Albert Stunkard (1959). Diferenció entre los pacientes con obesidad que presentaban atracones de los que no.

Fitzgibbon y Blackman (2000). En un estudio donde se analizaron las diferencias entre los atracones de la BN y los del trastorno de atracones se observó que estos no diferían en número de kilocalorías, aunque las pacientes con BN consumían más hidratos de carbono y azúcar durante los atracones que las pacientes con trastorno de atracones.

Gruzca et al. (2007). Los resultados de los estudios muestran un funcionamiento psicológico peor que en las personas con obesidad sin trastorno de atracones y que en las personas con peso normal y con sobrepeso.

Hudson et al. (2010). Las personas con trastorno de atracones suelen presentar sobrepeso u obesidad. Además, tienen una mayor probabilidad de sufrir complicaciones médicas asociadas al síndrome metabólico, como enfermedades cardíacas, problemas circulatorios o diabetes tipo II. Se ha observado que la probabilidad de padecer estas enfermedades es mayor a la asociada a la propia obesidad por sí sola.



Criterios diagnósticos del trastorno de atracones según el DSM-5 (APA, 2014).

Criterio A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracones se caracteriza por "al menos" uno de los siguientes:

- ✓ Ingestión de una cantidad de comida anormalmente alta.
- ✓ Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., comer hasta sentirse demasiado lleno o comer en secreto para evitar ser visto).

Criterio B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- ✓ Comer hasta sentirse físicamente incómodo.
- ✓ Comer grandes cantidades de alimentos cuando se está emocionalmente estresado.
- ✓ Comer a solas y sentirse culpable por la cantidad que se ingiere.
- ✓ Comer rápidamente más comida, especialmente si se está hambriento.

Criterio C. Más allá de tener recurrentes atracones.

Criterio D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio E. El atracones no se asocia a la presencia concomitante de bulimia nerviosa.

Exclusión de otros trastornos. El diagnóstico de atracones requiere que el trastorno de atracones no se atribuya a otro trastorno.

Prevalencia y comorbilidad.

- ✓ La prevalencia global durante el último año en la población adulta de los trastornos de atracones, de acuerdo al protocolo de diagnóstico clínico, oscila entre 1,6% y 3,9%.
- ✓ La prevalencia anual oscila entre 0,5% y 1,2%.
- ✓ La prevalencia de 12 meses oscila entre 0,5% y 1,2%.
- ✓ El 50% de los atracones se asocia a la obesidad.
- ✓ El 50% de los atracones se asocia a la depresión.
- ✓ El 50% de los atracones se asocia a la ansiedad.

La característica central del trastorno de atracones es la presencia recurrente de atracones. Estos atracones se caracterizan por una ingesta más rápida de lo normal, hasta sentirse desagradablemente lleno, que ocurren a pesar de no sentir físicamente hambre, se dan a solas, y provocan disforia, depresión o vergüenza. Las dificultades en la regulación y la intolerancia emocionales están presentes de manera transdiagnóstica en los trastornos alimentarios. En el caso del trastorno de atracones, es habitual que el atracón esté desencadenado por estados emocionales, principalmente negativos, ejerciendo una función de regulación del estado emocional. Por otra parte, se observa que las personas con diagnóstico de trastorno de atracones que presentan obesidad tienen un peor ajuste psicológico, que no se debe a la obesidad en sí.



Criterios diagnósticos del trastorno de atracones según el DSM-5 (APA, 2013).

Criterio A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un período de tiempo determinado** (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
- Sensación de falta de control** sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

Criterio B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer a solas debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse asqueado con uno mismo, deprimido, o muy avergonzado.

Criterio C. Malestar intenso respecto a los atracones.

Criterio D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Criterio E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la BN y no se produce exclusivamente en el curso de la BN o la AN.

Especificar si:

- En remisión parcial:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional:

- 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.

Epidemiología y curso Evolutivo Trastorno de atracones

Prevalencia

Hudson et al. (2007). En cuanto a las diferencias entre mujeres y hombres, el trastorno de atracones es el que presenta un mayor porcentaje de hombres en comparación con los diagnósticos de AN y BN, con un 3,5% en mujeres y un 2% en hombres.

Kessler et al. (2013). La prevalencia vital está en torno a un 1,9%.

Kessler et al. (2013). En España la prevalencia anual se sitúa alrededor del 0,8%.

Hoek & Van Hoeken (2003); Kessler et al. (2013); Udo y Grilo (2018). La prevalencia anual es de un 0,44-0,8%.

El trastorno de atracones es el más prevalente de los trastornos alimentarios.

Inicio y evolución

Grilo (2006); Kessler et al. (2013). La edad de inicio del trastorno de atracones es la más tardía de los trastornos alimentarios, situándose alrededor de los 23 años o incluso más tarde.

Kessler et al. (2013). La evolución media de un episodio de trastorno de atracones está en 4,3 años, con un rango que oscila entre 1 y 11,7 años.

Es habitual que estas personas tengan una historia de BN y, con menos frecuencia, de AN. Quienes no consiguen superar el trastorno continúan con el mismo diagnóstico de trastorno de atracones, y en un bajo porcentaje evolucionan a otras formas de trastorno alimentario. La tasa de mortalidad se estima entre el 0-3%, y se asocia principalmente a complicaciones propias de la obesidad.

Prevalencia

Hudson et al. (2007). En cuanto a las diferencias entre mujeres y hombres, el trastorno de atracones es el que presenta un mayor porcentaje de hombres en comparación con los diagnósticos de AN y BN, con un 3,5% en mujeres y un 2% en hombres.

Kessler et al. (2013). La prevalencia vital está en torno a un 1,9%.

Kessler et al. (2013). En España la prevalencia anual se sitúa alrededor del 0,8%.

Hoek & Van Hoeken (2003); Kessler et al. (2013); Udo y Grilo (2018). La prevalencia anual es de un 0,44-0,8%.

El trastorno de atracones es el más prevalente de los trastornos alimentarios.

Inicio y evolución

Grilo (2006); Kessler et al. (2013). La edad de inicio del trastorno de atracones es la más tardía de los trastornos alimentarios, situándose alrededor de los 23 años o incluso más tarde.

Kessler et al. (2013). La evolución media de un episodio de trastorno de atracones está en 4,3 años, con un rango que oscila entre 1 y 11,7 años.

Es habitual que estas personas tengan una historia de BN y, con menos frecuencia, de AN. Quienes no consiguen superar el trastorno continúan con el mismo diagnóstico de trastorno de atracones, y en un bajo porcentaje evolucionan a otras formas de trastorno alimentario. La tasa de mortalidad se estima entre el 0-3%, y se asocia principalmente a complicaciones propias de la obesidad.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Trastorno de atracones

Grilo et al. (2009): Hudson et al. (2007). Por lo que respecta a la comorbilidad con otros trastornos mentales, se observa que alrededor del 75% de los pacientes presentan al menos un diagnóstico comórbido. Los más comunes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia), que se observa en aproximadamente la mitad de las pacientes, junto con los trastornos de ansiedad y de control de los impulsos.

La característica principal del trastorno de atracones es la presencia de atracones recurrentes en ausencia de comportamientos compensatorios. La enfermedad comórbida más habitual en el trastorno de atracones es la **obesidad**, con todas las complicaciones médicas asociadas a la misma.

| OTROS TRASTORNOS Y ENFERMEDADES | SIMILITUDES | DIFERENCIAS |
|--|-------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Episodio depresivo mayor con características atípicas en trastorno depresivo mayor o bipolar I | Comer en exceso. | En el episodio depresivo no se produce necesariamente en forma de atracones. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno de la personalidad límite | Presencia de atracones. | El trastorno de personalidad límite se caracteriza por la presencia de un patrón generalizado de inestabilidad. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Obesidad | IMC \geq 30 | En la obesidad, no necesariamente se dan atracones. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bulimia nerviosa | Presencia de atracones. | En la BN, los atracones se seguirán de comportamientos compensatorios. |

Etiología Trastorno de atracones

Factores psicológicos

Gruze et al. (2007). Es característica la presencia de una alta evitación del daño y una baja autodirección.

Svaldi et al. (2012). Al igual que sucede en la AN y la BN, también en las personas con trastorno de atracones se observa una elevada intolerancia emocional. Esta se asocia a las dificultades en la regulación emocional, siendo un elemento relevante para la vulnerabilidad al trastorno.

Atiye et al. (2015). Por lo que respecta al temperamento, los datos muestran niveles significativos de búsqueda de novedades, aunque sin ser tan prominentes como en la BN. Sin embargo, a diferencia de la AN y la BN, este diagnóstico no se asocia a una elevada persistencia.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Branson et al. (2003). Existen datos que relacionan determinadas mutaciones genéticas con la presencia de atracones.

Thornton et al. (2011). Estudios con gemelos indican un porcentaje de carga genética de entre el 41 y el 57%.

Watanabe et al. (2019). Hasta la fecha solo se ha llevado a cabo un estudio que analice los factores de riesgo perinatales y neonatales asociados al trastorno de atracones. En este estudio se ha observado que un elevado peso en el nacimiento se asocia a un mayor riesgo de padecer este trastorno.

De la misma manera que en AN y en BN, los familiares de los pacientes con trastorno de atracones también tienen mayor probabilidad de padecer este trastorno.

Factores socioculturales

Keel y Klump (2003). Este trastorno parece estar menos influido por factores socioculturales que la BN, puesto que, entre otras cosas, existen casos descritos de trastorno de atracones en textos históricos (la mayoría en hombres) y se halla en diferentes contextos culturales, igual que ocurre con la AN.

Brownell y Hargen (2004). Es importante destacar la relevancia que tiene para este trastorno el conocido como «entorno tóxico» que promueve el consumo excesivo de comida con un contenido elevado de calorías y grasas, económica, y a lo que las personas se ven expuestas permanentemente a través de la publicidad.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Branson et al. (2003). Existen datos que relacionan determinadas mutaciones genéticas con la presencia de atracones.

Thornton et al. (2011). Estudios con gemelos indican un porcentaje de carga genética de entre el 41 y el 57%.

Watson et al. (2019). Hasta la fecha solo se ha llevado a cabo un estudio que analice los factores de riesgo perinatales y neonatales asociados al trastorno de atracones. En este estudio se ha observado que un elevado peso en el nacimiento se asocia a un mayor riesgo de padecer este trastorno.

De la misma manera que en AN y en BN, los familiares de los pacientes con trastorno de atracones también tienen mayor probabilidad de padecer este trastorno.

Factores psicológicos

Gruzca et al. (2007). Es característica la presencia de una alta evitación del daño y una baja autodirección.

Svaldi et al. (2012). Al igual que sucede en la AN y la BN, también en las personas con trastorno de atracones se observa una elevada intolerancia emocional. Esta se asocia a las dificultades en la regulación emocional, siendo un elemento relevante para la vulnerabilidad al trastorno.

Atiye et al. (2015). Por lo que respecta al temperamento, los datos muestran niveles significativos de búsqueda de novedades, aunque sin ser tan prominentes como en la BN. Sin embargo, a diferencia de la AN y la BN, este diagnóstico no se asocia a una elevada persistencia.

Factores socioculturales

Keel y Klump (2003). Este trastorno parece estar menos influido por factores socioculturales que la BN, puesto que, entre otras cosas, existen casos descritos de trastorno de atracones en textos históricos (la mayoría en hombres) y se halla en diferentes contextos culturales, igual que ocurre con la AN.

Brownell y Horgen (2004). Es importante destacar la relevancia que tiene para este trastorno el conocido como «entorno tóxico» que promueve el consumo excesivo de comida con un contenido elevado de calorías y grasas, económica, y a la que las personas se ven expuestas permanentemente a través de la publicidad.

Obesidad

Diagnóstico y características clínicas Obesidad

Finkelestein et al. (2020). La calidad de vida de las personas con obesidad está deteriorada, y su esperanza de vida puede verse reducida hasta doce años.

Perpitá et al. (2017). De manera similar a lo observado en pacientes con AN y BN, las personas con obesidad presentan un patrón de dificultades en la toma de decisiones relacionadas con la recompensa, flexibilidad mental, perseverancia y etc.

La **obesidad no es un trastorno mental**, sino una condición médica general descrita en la CIE-11 como el exceso de tejido adiposo corporal perjudicial que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Se considera que una persona padece obesidad si presenta un IMC ≥ 30 Kg/m², y obesidad mórbida con un IMC ≥ 40 Kg/m². Esta enfermedad supone un riesgo elevado para el padecimiento de muchos otros problemas de salud como el colesterol, hipertensión, problemas cardíacos y diabetes, entre otros.

La obesidad presenta una asociación elevada con algunos trastornos mentales, principalmente trastornos afectivos y alimentarios. Un porcentaje significativo de pacientes con obesidad presentan además un trastorno alimentario primario o secundario a esta. Algunos autores defienden que la obesidad debería estar incluida en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Por lo que respecta al plano emocional, en la obesidad se encuentran dificultades para identificar, distinguir, describir y expresar sus propias emociones, de manera similar a lo observado en los trastornos alimentarios.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad Obesidad

Hudson et al. (2020); Stunkard y Allison (2008). Existe una elevada comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y con patrones de comer alterados, principalmente con el trastorno de atracones y con el síndrome de comer nocturno.

Recher et al. (2009); Petry et al. (2008); Scott et al. (2008). Se observa una elevada comorbilidad con trastorno de ansiedad, destacando el trastorno de pánico, la fobia social y la agorafobia.

Petry et al. (2008). Se observa una elevada comorbilidad con trastornos de la personalidad, especialmente en la obesidad mórbida.

Golafield et al. (2010); Petry et al. (2008). Destaca la elevada prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, tanto en adultos como en adolescentes.

Lappone et al. (2020). Los pacientes con obesidad presentan un riesgo 33% mayor de desarrollar depresión, mientras que los pacientes con trastornos emocionales tienen un riesgo de un 58% de padecer obesidad.

Grupo de trabajo OPC sobre trastorno bipolar (2012). En España el 34% de los pacientes con trastorno bipolar presentan obesidad.

Pulgarin (2012). En niños se observa comorbilidad entre la obesidad con problemas internalizantes, externalizantes, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y problemas en el sueño.

El diagnóstico de la obesidad se establece en función del IMC de la persona, por lo que no existe necesidad de realizar un diagnóstico diferencial. Los estudios muestran que aquellos pacientes que presentan obesidad y trastorno de atracones tienen una mayor psicopatología asociada y mayor comorbilidad con otros trastornos mentales, complicando el abordaje terapéutico. Igualmente, más allá de las complicaciones médicas asociadas, será importante analizar la comorbilidad de la obesidad con otros trastornos mentales.

Epidemiología y curso Evolutivo Obesidad

Prevalencia

La prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en los últimos años, tanto a nivel mundial como en España. En España, la prevalencia de la obesidad en adultos es del 30,4% (INEC, 2018).

Inicio y evolución

La obesidad puede iniciarse en la infancia y persistir a lo largo de la vida. En España, la prevalencia de la obesidad en niños es del 10,4% (INEC, 2018). La obesidad en la infancia puede evolucionar a obesidad en la adultez, lo que aumenta el riesgo de complicaciones médicas y psicológicas.

Etiología Obesidad

Factores psicológicos

Los factores psicológicos juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Entre ellos se encuentran el estrés, la ansiedad, la depresión y los trastornos de la conducta alimentaria. Estos factores pueden influir en los patrones de alimentación y en la actividad física.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Existen factores genéticos y biológicos que pueden predisponer a una persona a desarrollar obesidad. Algunos ejemplos son los trastornos endocrinos, como el hipotiroidismo, y las alteraciones en el metabolismo.

Factores socioeconómicos

Los factores socioeconómicos también influyen en la etiología de la obesidad. El acceso limitado a alimentos saludables y espacios para la actividad física, así como el estrés asociado a la pobreza, pueden contribuir al desarrollo de la obesidad.

Diagnóstico y características clínicas Obesidad

Finkelstein et al. (2010). La calidad de vida de las personas con obesidad está deteriorada, y su esperanza de vida puede verse reducida hasta doce años.

Perpiñá et al. (2017). De manera similar a lo observado en pacientes con AN y BN, las personas con obesidad presentan un patrón de dificultades en la toma de decisiones relacionadas con la recompensa, flexibilidad mental, perseverancia y etc.

La obesidad no es un trastorno mental, sino una condición médica general descrita en la CIE-11 como el exceso de tejido adiposo corporal perjudicial que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Se considera que una persona padece obesidad si presenta un IMC ≥ 30 Kg/m², y obesidad mórbida con un IMC ≥ 40 Kg/m². Esta enfermedad supone un riesgo elevado para el padecimiento de muchos otros problemas de salud como el colesterol, hipertensión, problemas cardíacos y diabetes, entre otros.

La obesidad presenta una asociación elevada con algunos trastornos mentales, principalmente trastornos afectivos y alimentarios. Un porcentaje significativo de pacientes con obesidad presentan además un trastorno alimentario primario o secundario a esta. Algunos autores defienden que la obesidad debería estar incluida en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Por lo que respecta al plano emocional, en la obesidad se encuentran dificultades para identificar, distinguir, describir y expresar sus propias emociones, de manera similar a lo observado en los trastornos alimentarios.

Epidemiología y curso Evolutivo Obesidad

Prevalencia

Aranceta-Bartrina et al. (2016); Gutiérrez-Fisac et al. (2012). En España la prevalencia de sobrepeso ronda el 39%, siendo alrededor del 22% para la obesidad. Este último porcentaje aumenta con la edad, llegando a ser del 35% para las personas a partir de los 65 años.

Hales et al. (2017). En 2016 se estimó que en EE. UU. la prevalencia se situaba en torno al 39,8% en adultos y 18,5% en jóvenes; en Europa entre el 10 y el 35%.

Inicio y evolución

En general, el pronóstico de la obesidad depende de la gravedad, pero se considera una **enfermedad crónica**. De hecho, esta se ve agravada con la edad con un aumento gradual de peso que ocurre en la edad adulta y que pasa desapercibido, con una ganancia aproximada de medio kilogramo al año. Por otra parte, la efectividad de los tratamientos médicos y psicológicos solo muestran resultados a corto plazo, mientras que a largo plazo la persona suele haber recuperado el peso o, incluso, superado el peso inicial. El riesgo de muerte asociado a la obesidad es mayor que el de las personas con normopeso, pudiendo llegar a ser de 2,5 veces en aquellas personas con obesidad mórbida. La obesidad se considera la principal causa de las muertes que se producen por enfermedad cardiovascular.

Prevalencia

Aranceta-Bartrina et al. (2016); Gutiérrez-Fisac et al. (2012). En España la prevalencia de sobrepeso ronda el 39%, siendo alrededor del 22% para la obesidad. Este último porcentaje aumenta con la edad, llegando a ser del 35% para las personas a partir de los 65 años.

Hales et al. (2017). En 2016 se estimó que en EE. UU. la prevalencia se situaba en torno al 39,8% en adultos y 18,5% en jóvenes; en Europa entre el 10 y el 35%.

Inicio y evolución

En general, el pronóstico de la obesidad depende de la gravedad, pero se considera una **enfermedad crónica**. De hecho, esta se ve agravada con la edad con un aumento gradual de peso que ocurre en la edad adulta y que pasa desapercibido, con una ganancia aproximada de medio kilogramo al año. Por otra parte, la efectividad de los tratamientos médicos y psicológicos solo muestran resultados a corto plazo, mientras que a largo plazo la persona suele haber recuperado el peso o, incluso, superado el peso inicial. El riesgo de muerte asociado a la obesidad es mayor que el de las personas con normopeso, pudiendo llegar a ser de 2,5 veces en aquellas personas con obesidad mórbida. La obesidad se considera la principal causa de las muertes que se producen por enfermedad cardiovascular.

Diagnóstico diferencial y comorbilidad Obesidad

Hudson et al. (2010); Stunkard y Allison (2003). Existe una elevada comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y con patrones de comer alterado, principalmente con el trastorno de atracones y con el síndrome de comer nocturno.

Mather et al. (2009); Petry et al. (2008); Scott et al. (2008). Se observa una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad, destacando el trastorno de pánico, la fobia social y la agorafobia.

Petry et al. (2008). Se observa una elevada comorbilidad con trastornos de la personalidad, especialmente en la obesidad mórbida.

Goldfield et al. (2010); Petry et al. (2008). Destaca la elevada prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, tanto en adultos como en adolescentes.

Luppino et al. (2010). Los pacientes con obesidad presentan un riesgo 55% mayor de desarrollar depresión, mientras que los pacientes con trastornos emocionales tienen un riesgo de un 58% de padecer obesidad.

Grupo de trabajo GPC sobre trastorno bipolar (2012). En España el 34% de los pacientes con trastorno bipolar presentan obesidad.

Pulgarón (2013). En niños se observa comorbilidad entre la obesidad con problemas internalizantes, externalizantes, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y problemas en el sueño.

El diagnóstico de la obesidad se establece en función del IMC de la persona, por lo que no existe necesidad de realizar un diagnóstico diferencial. Los estudios muestran que aquellos pacientes que presentan obesidad y trastorno de atracones tienen una mayor psicopatología asociada y mayor comorbilidad con otros trastornos mentales, complicando el abordaje terapéutico. Igualmente, más allá de las complicaciones médicas asociadas, será importante analizar la comorbilidad de la obesidad con otros trastornos mentales.

Etiología Obesidad

Factores psicológicos

Gerlach et al. (2015). Las personas con obesidad suelen presentar baja autoestima, sentimientos de inferioridad y necesidad de aprobación de los demás, unido a rasgos de personalidad como la impulsividad, neuroticismo, sensibilidad a la recompensa.

Leehr et al. (2019). Se observa una relación positiva entre las emociones negativas y la sobreingesta.

Los factores psicológicos juegan un papel muy relevante en la obesidad, no solo en la etiología, sino también en su mantenimiento. En relación al patrón alimentario, las personas con obesidad, en comparación con personas con normopesa, están altamente condicionadas a consumir alimentos ante un mayor número de claves tanto externas (mientras se ve una película o en una fiesta) como internas (emociones internas o el aburrimiento). Este hecho se complica con las dificultades que presentan a nivel emocional en la identificación, regulación, y expresión de emociones.

Resultan relevantes los déficits neurocognitivos observados en las personas con obesidad, como por ejemplo la inflexibilidad cognitiva y la toma de decisiones basada en consecuencias inmediatas, que junto al «entorno tóxico» hacen que el control de la ingesta les resulte todo un reto. Por otro lado, los patrones de comportamiento alimentario en la familia también constituyen un factor relevante en el desarrollo de la obesidad.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Bouchard (2002). La influencia de la genética y la biología en la obesidad es indudable, aunque su carga es aproximadamente del 30%.

Hetherington y Cecil (2010). Junto con factores psicológicos, explica por qué determinadas personas desarrollan obesidad, y otras no, estando expuestas al mismo entorno. Entre otras cosas, la genética influye en el número de células adiposas de la persona, y la probabilidad de acumulación de grasa.

Silventainen et al. (2010). Se ha demostrado la carga genética en la obesidad en estudios realizados en gemelos y en estudios de adopción, donde se observa que la correlación entre hermanas y con los padres biológicos es muy elevada.

Factores socioculturales

La prevalencia de la obesidad está indudablemente asociada a factores socioculturales. En concreto, se destaca la relevancia del llamado «entorno tóxico», que combina el factor del sedentarismo promovido por la revolución tecnológica, con trabajos que no requieren esfuerzo físico y el cambio del estilo de vida, junto con la elevada exposición y disponibilidad a alimentos altamente calóricos, procesados, baratos y con un aporte nutricional escaso. Es tal la importancia de la toxicidad de nuestro actual entorno para la obesidad que se le ha denominado directamente «obesogénico». Se da la paradoja de que en los mismos lugares donde la gente está malnutrida por déficit, empieza a emerger una nueva generación de personas con obesidad con malnutrición por exceso. Este fenómeno se relaciona con lo que se ha llamado «transición nutricional» consecuencia de la globalización, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

Factores de vulnerabilidad genética y biológica

Bouchard (2002). *La influencia de la genética y la biología en la obesidad es indudable, aunque su carga es aproximadamente del 30%.*

Hetherington y Cecil (2010). *Junto con factores psicológicos, explica por qué determinadas personas desarrollan obesidad, y otras no, estando expuestas al mismo entorno. Entre otras cosas, la genética influye en el número de células adiposas de la persona, y la probabilidad de acumulación de grasa.*

Silventoinen et al. (2010). *Se ha demostrado la carga genética en la obesidad en estudios realizados en gemelos y en estudios de adopción, donde se observa que la correlación entre hermanos y con los padres biológicos es muy elevada.*

Factores psicológicos

Gerlach et al. (2015). *Las personas con obesidad suelen presentar baja autoestima, sentimientos de inferioridad y necesidad de aprobación de los demás, unido a rasgos de personalidad como la impulsividad, neuroticismo, sensibilidad a la recompensa.*

Leehr et al. (2015). *Se observa una relación positiva entre las emociones negativas y la sobreingesta.*

Los factores psicológicos juegan un papel muy relevante en la obesidad, no solo en la etiología, sino también en su mantenimiento. En relación al patrón alimentario, las personas con obesidad, en comparación con personas con normopeso, están altamente condicionadas a consumir alimentos ante un mayor número de claves tanto externas (mientras se ve una película o en una fiesta) como internas (emociones intensas o el aburrimiento). Este hecho se complica con las dificultades que presentan a nivel emocional en la identificación, regulación, y expresión de emociones.

Resultan relevantes los déficits neurocognitivos observados en las personas con obesidad, como por ejemplo la inflexibilidad cognitiva y la toma de decisiones basada en consecuencias inmediatas, que junto al «entorno tóxico» hacen que el control de la ingesta les resulte todo un reto. Por otro lado, los patrones de comportamiento alimentario en la familia también constituyen un factor relevante en el desarrollo de la obesidad.

Factores socioculturales

La prevalencia de la obesidad está indudablemente asociada a factores socioculturales. En concreto, se destaca la relevancia del llamado «entorno tóxico», que combina el factor del sedentarismo promovido por la revolución tecnológica, con trabajos que no requieren esfuerzo físico y el cambio del estilo de vida, junto con la elevada exposición y disponibilidad a alimentos altamente calóricos, procesados, baratos y con un aporte nutricional escaso. Es tal la importancia de la toxicidad de nuestro actual entorno para la obesidad que se le ha denominado directamente «obesogénico». Se da la paradoja de que en los mismos lugares donde la gente está malnutrida por déficit, empieza a emerger una nueva generación de personas con obesidad con malnutrición por exceso. Este fenómeno se relaciona con lo que se ha llamado «transición nutricional» consecuencia de la globalización, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

FIN

Belloch, Sandín, Ramos Campos, and Sandín,
Bonifacio. Manual De Psicopatología. 3ª edición.
Madrid [etc.]: McGraw-Hill Interamericana De España,
2020. Print.

