

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Conxa Perpiñá



Segunda edición actualizada

Complementos digitales 

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Segunda edición actualizada

Colección
GUÍAS PROFESIONALES



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

Segunda edición actualizada

Conxa Perpiñá



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

© Conxa Perpiñá

© EDITORIAL SÍNTESIS, SA
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-463-9
Depósito Legal: M-585-2026

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, SA

Índice

<i>Prólogo</i>	13
<i>Introducción</i>	15

PARTE I *Concepto, caracterización, diagnóstico y evaluación*

1. <i>Concepto y definición de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos</i>	21
1.1. Diferencias entre ser alimentado, comer y nutrirse	21
1.2. Evolución histórica de la conceptualización de los trastornos alimentarios	24
1.3. De las primeras clasificaciones al <i>DSM-5-TR</i> : cambios y debates	28
2. <i>Clasificación diagnóstica según el DSM-5-TR</i>	31
2.1. Cambios conceptuales en el <i>DSM-5-TR</i>	31
2.2. Trastornos de la ingestión de alimentos: pica, rumiación y evitación/restricción	32
2.3. Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos y subtipos	34

2.4. Bulimia nerviosa: criterios diagnósticos y ausencia de subtipos	36
2.5. Trastorno de atracones: diagnóstico oficial	37
2.6. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “sin especificar”	37
2.7. Obesidad y psicopatología alimentaria	38
2.8. Reflexiones sobre los sistemas diagnósticos y la visión transdiagnóstica	40
3. Manifestaciones clínicas de los trastornos alimentarios	43
3.1. Introducción	43
3.2. Consecuencias físicas y fisiológicas	44
3.3. Características comportamentales	45
3.4. Características cognitivas	47
3.5. Características emocionales	51
3.6. Perfiles restrictivos y purgativos: diferencias clínicas y de personalidad	53
4. Otros aspectos descriptivos de los trastornos alimentarios	55
4.1. Epidemiología	55
4.2. Curso	57
4.3. Comorbilidad	59
4.4. Diagnóstico diferencial	63
5. Etiología	65
5.1. Introducción	65
5.2. Factores de riesgo y etiopatogenia	66
5.2.1. Vulnerabilidad genética y biológica	66
5.2.2. Vulnerabilidad psicológica	67
5.2.3. Factores socioculturales	71

5.3. Mecanismos mantenedores, agravamiento y cronificación	75
5.4. La teoría transdiagnóstica: psicopatología central y procesos mantenedores	78
6. Evaluación	83
6.1. Introducción	83
6.2. Ámbitos y objetivos de la evaluación	84
6.2.1. Exploración física	84
6.2.2. Respuestas conductuales	87
6.2.3. Respuestas cognitivas	87
6.2.4. Respuestas emocionales	88
6.2.5. Áreas, objetivos y proceso de evaluación	89
6.3. Instrumentos de cribado y de utilidad en prevención primaria	90
6.3.1. Cuestionario SCOFF	91
6.3.2. Test de actitudes alimentarias (EAT)	92
6.3.3. Escala de restricción (RS)	93
6.3.4. Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC)	94
6.4. Entrevistas	94
6.5. Evaluación de la ingesta	101
6.5.1. Autoinformes	102
6.5.2. Autorregistros, escalas, test de evitación conductual	106
6.6. Evaluación de la imagen corporal	109
6.6.1. Autoinformes	110
6.6.2. Test de evitación conductual	112
6.7. Evaluación de las intrusiones cognitivas y la psicopatología asociada	113
6.8. Evaluación de la oportunidad de tratamiento, progreso y cambio en terapia	115
6.9. Dificultades en la evaluación y soluciones	117

PARTE II
***Tratamiento de los trastornos
alimentarios***

7. Objetivos terapéuticos.	
<i>Tratamientos de elección</i>	121
7.1. Introducción	121
7.2. Criterios clínicos y niveles asistenciales en la intervención de los TA	122
7.2.1. Relación terapéutica	124
7.2.2. Motivación	127
7.2.3. Contexto familiar	128
7.2.4. Recuperación, normalización y estabilización del peso	129
7.2.5. Normalización de los patrones de alimentación	132
7.2.6. Actitudes y creencias distorsionadas con respecto al significado del trastorno, el cuerpo y la comida	134
7.2.7. Psicoeducación	135
7.3. Tratamientos basados en la evidencia	137
7.3.1. Anorexia nerviosa	138
7.3.2. Bulimia nerviosa	140
7.3.3. Trastorno de atracones con y sin obesidad	143
8. Innovaciones consolidadas	147
8.1. Progresos en la investigación y el tratamiento de los TA	147
8.2. Entrevista motivacional	148
8.3. Exposición a señales	154
8.4. Tecnologías de la información y la comunicación en la intervención de los TA	156
8.5. Terapia de remediación o de rehabilitación cognitiva	159

PARTE III

Programas y protocolos de tratamiento

9.	<i>Terapia cognitivo-conductual para bulimia nerviosa y enfoque transdiagnóstico</i>	167
9.1.	Fundamentos de la TCC en bulimia nerviosa	167	
9.2.	Terapia cognitivo-conductual individual para la BN. Primera formulación (Fairburn, 1985)	168	
9.2.1.	Fase I. Cambio alimentario	169	
9.2.2.	Fase II. Cambio cognitivo y de la imagen corporal	171	
9.2.3.	Fase III. Prevención de recaídas	172	
9.3.	Tratamiento transdiagnóstico. Terapia cognitivo-comportamental extendida	173	
9.3.1.	TCC-E focalizada	175	
9.3.2.	TCC-E ampliada	189	
10.	<i>Terapia cognitivo-comportamental grupal para la BN</i>	193
10.1.	Protocolo manualizado de TCC grupal para bulimia nerviosa	193	
10.2.	Evaluación y preparación para la terapia grupal	197	
10.3.	Fase I. Eliminación de los atracones y las purgas. Normalización de la ingesta	200	
10.4.	Fase II. Cambio cognitivo. Ampliando los objetivos de la terapia	223	
10.5.	Fase III. Prevención de recaídas	240	
11.	<i>Terapia grupal cognitivo-conductual en alteraciones de la imagen corporal</i>	247
11.1.	Terapia cognitivo-comportamental grupal para las alteraciones de la IC	247	
11.2.	Evaluación y preparación a la terapia grupal	248	
11.3.	Agendas de las sesiones	250	

12. <i>Material para pacientes entre sesiones</i>	269
12.1. Introducción	269
12.2. Qué es el peso I	270
12.3. Normalización de la ingesta I: cuándo	271
12.4. Consejos a la hora de comer: control de estímulos	272
12.5. Consejos para comprar y cocinar: control de estímulos	273
12.6. Purgas: método ineficaz para controlar el peso	274
12.7. Planificación de actividades alternativas	275
12.8. El peso II. El punto crítico o peso natural y la tasa metabólica	276
12.9. ¿Qué es la exposición?	278
12.10. Estilo de pensamiento. Pensamiento, emoción y conducta	279
12.11. ¿Qué es la imagen corporal?	281
12.12. Pensamientos más saludables	282
12.13. Prevenir las recaídas I. Avanzando con vuestros propios medios	284
12.14. Prevenir las recaídas II. Situaciones de riesgo	286
12.15. Qué son las conductas de seguridad, camuflaje y comprobación	287
12.16. Actividades corporales placenteras	288
13. <i>Exposición de un caso clínico de BN.</i> <i>Aplicación del tratamiento</i>	291
13.1. Datos de identificación	291
13.2. Descripción del problema actual	292
13.3. Historia del problema	294
13.4. Interferencias del problema actual	295
13.5. Planificación de la evaluación	295

13.6. Diagnóstico según <i>DSM-5-TR</i>	299
13.7. Formulación inicial, devolución, propuesta y planificación de tratamiento	301
14. Conclusiones y tendencias futuras.....	307
Bibliografía seleccionada	311



WEB
Complementos digitales

El código que se facilita en la primera página del presente libro da acceso a estos materiales complementarios en la página web www.sintesis.com.

- Anexo 1. Criterios diagnósticos *DSM-5-TR*
- Anexo 2. Instrumentos de evaluación
 - (A) Hoja de medidas antropomórficas
 - (B) Entrevista de trastornos alimentarios
 - (C1) EES-C
 - (C2) EES
 - (D) Modelos de autorregistro de ingesta
 - (E) Jerarquía de alimentos prohibidos
 - (F) MBSRQ-AS-34
 - (G) Test conductual ante el espejo y el peso
 - (H) YBC-EDS-SRQ. Versión autoinforme
 - (I) INPIAS
 - (J1) CED-R
 - (J2) CES
 - (K) Modelos de evaluación semanal en terapia
 - (L) Resumen registro
- Anexo 3. Material psicoeducativo para el terapeuta
 - (1) ¿Qué es el peso corporal?
 - (2) ¿Qué es la imagen corporal?
 - (3) ¿Cómo se forma la imagen corporal?
 - (4) ¿Qué es la belleza?
 - (5) Trabajar la autoestima
 - (6) Conductas de seguridad, camuflaje y comprobación
 - (7) Reaprender a vivir y mimar el propio cuerpo
- Anexo 4. Referencias bibliográficas completas

2

Clasificación diagnóstica según el *DSM-5-TR*

2.1. Cambios conceptuales en el *DSM-5-TR*

El sistema de clasificación del *DSM-5* (APA, 2013) introdujo algunas novedades en los TA, como se ha comentado en el capítulo anterior. La más evidente fue el cambio de denominación. Ya no se trata solo de *eating disorders*, es decir, alteraciones que tienen que ver con la alimentación que uno se procura, sino también del concepto *feeding*, que en la versión española se ha traducido como “ingestión de alimentos”; además, en inglés este término tiene el matiz de “ser alimentado por otro”. Así se pretendía dar entrada a la perspectiva evolutiva, respondiendo a las críticas ya indicadas anteriormente.

Para alimentarse de manera autónoma y saludable se requiere un desarrollo de funciones y habilidades. El apartado diagnóstico de la actual edición, *DSM-5-TR* (APA, 2022), de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos reúne aquellas alteraciones del comer –o de las conductas relacionadas con el comer– que tienen como consecuencia problemas en la consumición o la absorción del alimento, lo que acaba dañando la salud y el funcionamiento psicosocial de la persona afectada (Treasure *et al.*, 2020). Junto a la AN, la BN y el trastorno de

atracones se incorporan los trastornos de pica y rumiación, así como el trastorno de evitación/restricción de la ingesta. Con esta unificación de los trastornos se da a pie al reconocimiento de los posibles mecanismos etiológicos comunes, la perspectiva evolutiva y la relación de esta categoría con la obesidad (que comentaremos un poco más adelante en este capítulo, aunque se descartó su ubicación diagnóstica en la presente edición del sistema de clasificación). Los criterios diagnósticos de estos trastornos, según el *DSM-5-TR* (APA, 2022), se presentan en el **anexo 1: Criterios diagnósticos del DSM-5-TR**.

2.2. Trastornos de la ingestión de alimentos: pica, rumiación y evitación/restricción

Los diagnósticos que fueron incorporados desde la parte de “ingestión de alimentos” (*feeding*) son la pica, la rumiación y la evitación/restricción de alimentos. Con respecto a los dos primeros, más representativos en anteriores sistemas de clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo, se invita al clínico a considerar la utilización de estas etiquetas indistintamente para niños o adultos.

La pica, término que deriva de la palabra “urraca” en latín, tiene como característica central la ingestión de sustancias no nutritivas (papel, pelos, tizas, cenizas, hielo, etc.) durante un periodo prolongado de tiempo, sin aversión a la comida en general. Las complicaciones físicas de este patrón de ingesta pueden ser muy graves: por ejemplo, produciendo obstrucciones intestinales o envenenamiento.

Por lo que respecta a la rumiación, también diagnositable en personas de cualquier edad, su característica esencial es la repetida regurgitación del alimento tras haber comido. El alimento puede haber sido parcialmente digerido y se devuelve a la boca sin náusea o asco. Suele acompañarse de arqueamientos de la espalda y movimientos de succión con la lengua. La malnutrición suele asociarse a este cuadro. A veces se produce la evitación de ir al colegio o comer fuera de casa, por no exhibir estos episodios de regurgitación en público.

Mientras que la pica o la rumiación suelen darse con mayor frecuencia en el contexto de los trastornos del desarrollo, y requerir un diagnóstico adicional si el trastorno alimentario posee suficiente relevancia

clínica, no es el caso del trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Además, sustituye –y amplía– al anterior diagnóstico de “trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez” del *DSM-IV*. Uno de los argumentos de esta ampliación fue incorporar aquellas presentaciones clínicas que se dan en cualquier rango de edad, y cuya característica esencial es evitar o restringir el alimento, con repercusiones nutricionales y déficits en el peso del paciente, pero que difieren de la AN en la psicopatología y los motivos para la restricción de la ingesta; es decir, se puede producir un importante deterioro físico, como sucede en la AN (anemia, hipotermia, etc.), pero el criterio C excluye explícitamente que la restricción alimentaria se dé en un contexto de excesiva preocupación por el peso o la forma corporales.

Esta evitación del alimento puede darse por sus características sensoriales (apariencia, color, olor, textura, gusto, etc.) y ha recibido nombres tales como “comer restrictivo”, “comer selectivo” o “comer perseverante”. Personas con una alta sensibilidad sensorial, así como con rasgos autistas, pueden manifestar tal patrón de comportamiento. Por otra parte, también se puede producir como respuesta condicionada a una experiencia aversiva relacionada con la ingesta y vinculada con el tracto gastrointestinal (exploraciones invasivas, vómitos repetidos). En estos casos se suele usar también los términos de disfagia funcional y *globus hystericus*.

En niños y adolescentes, este patrón alimentario se suele dar en el contexto de otras dificultades emocionales que no alcanzan a cumplir criterios diagnósticos de ansiedad o depresión, patrón que ha venido recibiendo el nombre de “trastorno emocional de evitación de la comida” (APA, 2022). En general, este trastorno es más común en niños que en adolescentes, y puede haber cierto retraso entre el inicio y su presentación clínica. En niños se suele asociar con dificultades (problemas de consuelo y manejo) en el momento de la alimentación. En algunos casos, la interacción padres-niño puede contribuir a agravar el problema al interpretar este comportamiento como una batalla, una agresión o un rechazo. Se suele dar en el contexto de los trastornos de ansiedad, trastornos del espectro autista, trastorno obsesivo-compulsivo e hiperactividad con déficit de atención. Los datos epidemiológicos indican que se da igualmente en niños y niñas, pero cuando se da en el contexto del espectro autista hay más prevalencia de varones (APA, 2022).

El diagnóstico diferencial con fobia específica a vomitar puede ser especialmente complicado, puesto que comparten muchas características; igualmente sucede con respecto a la ansiedad social, ya que el paciente en ambos trastornos puede estar muy incómodo comiendo con otras personas. También puede ser difícil distinguirlo de aquellos casos en los que el adolescente niega el temor a engordar, pero aun así se constatan conductas que evitan la ganancia de peso, sin reconocer la gravedad de las consecuencias de su demacración.

2.3. Anorexia nerviosa: criterios diagnósticos y subtipos

El criterio A de la AN del *DSM-5-TR* hace referencia a la “restricción” de la ingesta de tal manera que lleva al paciente a una pérdida significativa de peso. En este criterio se ha añadido el matiz de tener “un peso significativamente bajo” en función de la etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente, con rangos de IMC (índice de masa corporal) delimitando la gravedad del cuadro, como se verá más adelante en las especificaciones.

El segundo criterio hace referencia a la causa de tal restricción y del bajo peso: el temor a ganar peso (aunque no haya razón objetiva que justifique tal temor). En comparación con otras ediciones, este criterio del miedo a ganar peso se amplía con la presencia de una conducta persistente que impide la ganancia de peso, con el ánimo de buscar referencias “observables” y poder incluir a aquellos niños y jóvenes que, por su desarrollo evolutivo, aún no sepan expresar las preocupaciones por conseguir un cuerpo delgado.

En el tercer criterio se hace referencia a la alteración de la imagen corporal que experimentan estas pacientes. Dicha alteración (no solo distorsión perceptiva) se caracteriza por una excesiva valoración de sí mismas en función de conseguir un aspecto más delgado. Para muchos autores sería el criterio en el que radica la psicopatología específica de estos trastornos: alteraciones relacionadas con la manera de experimentar el peso y la forma corporal, la negación de la gravedad del bajo peso, y la necesidad de hacer una dieta extrema. Estas dimensiones están íntimamente relacionadas con la autoestima y la autovaloración.

Con respecto a las especificaciones, hay que mencionar los tipos de AN según la sintomatología. La distinción entre los subtipos se basa en el patrón de síntomas que presenta la paciente en el momento de la evaluación y que han de persistir al menos durante tres meses. En el tipo restrictivo están presentes las dietas hipocalóricas y la actividad física exhaustiva, mientras que en el tipo con atracones/purgas se dan episodios de atracones, de conductas purgativas, o de ambas cosas, reconociéndose así los casos que, aun siendo menos frecuentes, se purgan en ausencia de atracones (y que, en ausencia de los demás criterios, darán lugar al diagnóstico de trastorno de purgas; véase más adelante en los trastornos “especificados”). Por otra parte, es bastante común que las pacientes alternen entre sintomatología restrictiva y purgativa en diferentes momentos del trastorno. En torno al 50 % de las pacientes con AN desarrollan posteriormente BN (Bulik *et al.*, 1997). Ello ocasiona continuos cruces diagnósticos y crea dudas con respecto al curso, la recaída, los subtipos o los mismos criterios diagnósticos de los TA (Eddy *et al.*, 2008).

En cuanto a la especificación de la gravedad del trastorno, el *DSM-5-TR*, basándose en el IMC (o los percentiles en el caso de los niños o adolescentes), establece diferentes categorías de gravedad, desde leve (IMC mayor o igual a 17) hasta extremo (IMC menor a 15). Como se verá en el capítulo de evaluación, el rango de IMC de un peso saludable oscila entre 18,5 y 24,9 (OMS, 2022).

Otra de las especificaciones del *DSM-5-TR* habla de remisión (total o parcial) en función del cumplimiento de los criterios B y C en ausencia del A, o ninguno de ellos, durante un periodo de tiempo continuado (sin precisión explícita y, por tanto, a juicio del clínico). De esta manera, junto con el requisito temporal de la sintomatología de los subtipos, se pretende evitar la alta tasa de “no especificados” y el entrecruzamiento diagnóstico que originó el *DSM-IV*.

Algunos de los cambios que ya se produjeron en la edición anterior se justificaron por incluir criterios “observables” (“restricción” en el criterio A y “conducta persistente” en el criterio B) para acomodar mejor la perspectiva evolutiva y dar cabida a aquellos niños y jóvenes adolescentes que no son capaces de expresar, o comunicar, las distorsiones sobre su preocupación por el peso y el cuerpo, y porque estos conceptos psicopatológicos son difíciles de evaluar, al basarse en las “inten-

ciones” de la persona. Sin embargo, al sustituir el viejo criterio A del *DSM-IV-TR* de “rechazo a mantener un peso corporal” por el nuevo de “restricción de la ingesta”, se puede pagar el precio de vaciar de significado psicopatológico el cuadro clínico. Una autora clásica sobre estos temas como Bruch (1973) definió precisamente este trastorno como “la búsqueda incesante, indomable, de la delgadez” (*the relentless pursuit of thinness*), y este carácter de voluntariedad de la pérdida de peso en la que se implica la paciente queda mermado en aras de una supuesta “objetividad” basada en los resultados de la conducta.

2.4. Bulimia nerviosa: criterios diagnósticos y ausencia de subtipos

A diferencia de la AN, lo característico de la BN no es el peso sino el patrón alimentario, concretamente, comer en exceso con sensación de haber perdido el control. El primer criterio señala la presencia de un patrón de atracones. El *DSM* da una definición operativa del “atracon”: gran cantidad de comida ingerida y pérdida de control sobre la ingesta. Esta combinación de cantidad y control es el argumento para distinguir los atracones “objetivos”, es decir, aquellos que cumplen el criterio diagnóstico, de los “subjetivos”. Estos últimos son aquellos a los que se refieren las pacientes cuando sienten que han perdido el control, aunque sea con cantidades de comida no necesariamente grandes; sin embargo, desde un punto de vista diagnóstico, el *DSM-5-TR* no considera que esto cumpla el criterio. El segundo criterio señala la presencia de conductas compensatorias de carácter purgativo, con las que la paciente trata de controlar los efectos del atracón. Por último, conviene destacar que para el diagnóstico de la BN también se requiere como criterio la alteración de la imagen corporal, y la centralidad de la apariencia en la definición y valoración de uno mismo. El criterio E impide hacer un diagnóstico simultáneo de AN y BN.

Por último, se han incluido en este apartado las especificaciones de remisión parcial o total en función del cumplimiento o no de parte de todos los criterios durante un periodo de tiempo continuado. De esta manera, se pretende evitar la alta tasa de “no especificados” y el entrecruzamiento diagnóstico al que antes se ha hecho mención.

Finalmente, se han incluido especificaciones para la gravedad, en este caso en función del número de veces por semana de las conductas purgativas.

Con respecto a las ediciones anteriores de la APA, se produjo un cambio en el criterio C, el cual hace referencia a la frecuencia temporal de los atracones y las conductas compensatorias que se ha fijado en, al menos, una vez por semana durante tres meses. Además, desaparece el subtipo “no purgativo” de la BN, ya que se confundía con el trastorno de atracones, que ya ha pasado a ser un diagnóstico oficial.

2.5. Trastorno de atracones: diagnóstico oficial

En el *DSM-5* el trastorno de atracones es un diagnóstico oficial. Como se señala por su nombre y en su primer criterio, la característica central de este cuadro es la presencia recurrente de atracones y, como se indica en el criterio E, en ausencia de conductas compensatorias. Comparte pues con la BN tanto la definición de atracón, como el criterio diagnóstico (criterio A), y el requisito de la frecuencia (al menos una vez por semana durante tres meses, criterio D).

Además, el criterio B especifica determinadas características (al menos tres) que han de tener los atracones, como comer más rápidamente de lo normal –hasta sentirse desagradablemente lleno– sin tener que ver con sentir hambre, comer a solas en esta situación por vergüenza, y sentir culpa o asco de sí mismo, o estar deprimido por los atracones. Como en los anteriores trastornos, se indican pautas para la remisión total o parcial, así como indicativos de gravedad, en este caso según la frecuencia de atracones por semana.

2.6. Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “sin especificar”

Además de los seis diagnósticos comentados anteriormente, el *DSM-5-TR* finaliza con dos apartados diagnósticos que recogen aquellas presentaciones clínicas que no cumplen los criterios completos. Es-

tos dos apartados diagnósticos son: otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “especificado” y “sin especificar”.

El primero de ellos hace referencia a una categoría en la que la sintomatología del cuadro clínico produce malestar y un deterioro clínicamente significativo, pero que no cumple todos los criterios para un diagnóstico concreto en lo referente al trastorno alimentario y de la ingesta de alimentos. Se registrará como “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado”, seguido del motivo que lleva a incluirlo en este apartado como, por ejemplo, “trastorno de atracones de frecuencia baja”; pero, además, se incluyen problemas relacionados con el comer alterado, como el trastorno por purgas (reconociendo la importancia clínica de los atracones “subjetivos”) y el síndrome de ingestión nocturna, que ha recibido un importante interés clínico en estos últimos años. En el **anexo 1: Criterios diagnósticos** se recogen algunos de los ejemplos que el *DSM-5-TR* proporciona, como pueden ser la AN atípica, la BN de frecuencia baja o duración limitada, el trastornos de atracones de frecuencia baja o duración limitada, el trastorno de purgas, o el síndrome de ingesta nocturna.

El último lugar del apartado diagnóstico de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos en el *DSM-5-TR* lo ocupa el trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos “sin especificar”, y se reserva para aquellos casos en los que no se cumplen todos los criterios de los trastornos de las categorías principales, como en el caso del apartado anterior, pero en los que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios. Se usaría esta denominación para aquellos casos en los que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico como, por ejemplo, en una situación de ingreso de urgencias.

2.7. Obesidad y psicopatología alimentaria

La obesidad es una enfermedad, no un trastorno mental, que se define como exceso de tejido adiposo corporal, y se clasifica como una condición médica general, según la Organización Mundial de la Salud. Pero no cabe duda de que la obesidad no es ajena a la psicopatología alimentaria. Reflejo del interés en esta asociación entre obesidad y psi-

copatología son algunos de los artículos que se han publicado en estos últimos años, con títulos tan provocadores como, por ejemplo, “¿Hay un lugar en el *DSM-5* para la obesidad?” (Devlin, 2007). En ellos, se argumentaba que, entre los múltiples factores que conducen a la obesidad, se encuentra la presencia de un comer “trastornado”, antítesis de la función “homeostática”. De alguna manera, la obesidad también debe contemplarse cuando estemos hablando de trastornos relacionados con el comer ya que no es ajena a la restricción y a la sobreingesta, ni a determinadas actitudes, creencias y valoraciones relacionadas con el control de la comida y del peso corporal. Estamos hablando de lo que algunos autores, como Grilo (2006), han denominado “trastornos alimentarios y del peso”, aludiendo con ello a lo que de común existe en su etiología, sintomatología, prevención y tratamiento (Perpiñá, 2024).

Al final, la obesidad no se incluyó en el *DSM-5* ni en el *DSM-5-TR* como trastorno, pero no cabe duda de que entre las cosas que contribuyen al desequilibrio energético se encuentran cuestiones tales como el patrón de ingesta ligado a factores emocionales, la necesidad de restringir la ingesta, la preocupación excesiva por la comida, el peso o la figura corporal, y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal, las cuales están presentes en muchos pacientes obesos (Yu y Muehleman, 2023). Además, la ingesta emocional, como respuesta para manejarse con estados aversivos, es muy compatible con los modelos adictivos, a veces planteados para entender la obesidad (Devlin, 2007). En este caso, la comida se convierte en la “sustancia” para aliviar y regular emociones disfóricas (pero a veces, también, positivas o eufóricas). Los circuitos neuronales implicados en los sistema regulatorios de autocontrol y recompensa son comunes a los que están implicados en los trastornos de uso y abuso de sustancias.

Los tipos de sobreingesta que presentan los pacientes obesos son diversos y variados, no solo entre pacientes, sino también en el mismo paciente en distintas ocasiones: comer nocturno, sobreingesta constante durante el día o “picoteo”, atracón, ingerir más cantidad de alimento que en una comida normal (“comilonas”), etc. Ello ha llevado a algunos autores a plantear incluso el trastorno de atracón como un subtipo conductual de obesidad (Devlin *et al.*, 2003).

Finalmente, hay que señalar la importante comorbilidad que existe entre obesidad y trastornos mentales. El más afín y pertinente, en nues-

tro caso, sería el trastorno de atracones, pero también se pueden incluir la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, etc. Los efectos colaterales de la medicación pueden contribuir a la obesidad, pero la obesidad en sí misma puede ser un factor que contribuya al desarrollo de un trastorno mental (fundamentalmente alimentario o depresivo). Además, la combinación de obesidad y trastorno de atracones da como resultado mucha problemática para la persona que presenta tal comorbilidad (Yu y Muehleman, 2023).

2.8. Reflexiones sobre los sistemas diagnósticos y la visión transdiagnóstica

Las ediciones más recientes de los manuales diagnósticos oficiales han intentado dar una perspectiva evolutiva y del desarrollo a los trastornos alimentarios, aunando bajo el mismo epígrafe los trastornos caracterizados por una alimentación alterada, independientemente de las causas que los producen. Sin embargo, esta visión unificada aún no está resuelta. Más allá del cambio de denominación y de la inclusión de apartados que antes estaban en otro cajón diagnóstico, poco más se ha concretado. Queda mucho por hacer en la investigación sobre la continuidad de las manifestaciones clínicas entre niños, adolescentes y adultos. Tal vez ayude en su clarificación adoptar una perspectiva de continuos de alteraciones relacionadas con el comer alterado y el peso, o una visión transdiagnóstica basada más en procesos nucleares de la psicopatología de los trastornos que en los síndromes aislados.

Autores como Wilfley y sus colaboradores (2007) abogaban por incluir en el *DSM-5* las categorías principales (AN, BN y trastorno de atracón), pero añadiendo un componente dimensional. En el trabajo llevado a cabo por Fairburn y colaboradores (2007) se comprobó que casi un 40 % de TCANE, según criterios del *DSM-IV*, podrían reclasificarse como AN o BN si se adoptara un criterio dimensional de los mismos. En este sentido, aquellos estudios que se centran en el análisis psicopatológico, en el estudio de los síntomas, y que agrupan a los pacientes más que por los subtipos “oficiales” por la sintomatología restrictiva o purgativa, distinguiendo incluso entre atracones y purgas, sí encuentran diferencias entre pacientes en variables tanto de perso-