

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA INGESTIÓN

TFG: en Nutrición Humana y Dietética.

Curso académico: 2013-2014

Autora: Susana Cecilia Hernández Salamanqués.

Tutora: María Nieves López Fernández.



ÍNDICE

1. Resumen	
2. Los trastornos de la alimentación. ¿Qué son?.....	1
o Actualización bibliográfica de los trastornos de la alimentación	1
o Actualización bibliográfica del trastorno de pica (2000-2014) (en adultos y en niños)	2
o Actualización bibliográfica del trastorno de rumiación (2000- 2014)	4
o Actualización bibliográfica del trastorno por evitación o restricción de la ingesta alimentaria (2000-2014)	5
o Actualización bibliográfica de anorexia nerviosa (2009-2014)	7
o Actualización bibliográfica de bulimia nerviosa (2009-2014)	11
o Actualización bibliográfica del trastorno de la conducta no especificado (2000-2014)	15
o Actualización bibliográfica de otros trastornos específicos de la conducta e ingestión	16
o Actualización bibliográfica del trastorno por atracón (2000-2014) Específicamente.	18
3. Introducción	24
4. Justificación	26
5. Material y métodos	26
6. Resultados	27
7. Conclusión	29
8. ANEXO	

Toda la documentación está basada en el DSM-V, aunque aún no se pueda diagnosticar con el mismo por no haber entrado en vigor.

RESUMEN

Tras la publicación del DSM-V y su futura entrada en vigor existe la necesidad de hacer una actualización bibliográfica sobre el tema de los trastornos de la alimentación y la ingesta. Con este nuevo DSM-V se amplía el grupo de los trastornos de la alimentación y la ingesta, incluyendo nuevas entidades nosológicas en la clasificación por criterios diagnósticos del DSM-V: pica, rumiación, trastorno por evitación o restricción de la alimentación, bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastorno por atracón, otros trastornos específicos de la alimentación y la ingesta y trastornos no específicos de la alimentación y la ingesta.

Se han encontrado 200 artículos, la mayoría escritos en inglés, la entidad nosológica más publicada ha sido, en general, los trastornos de la alimentación y la ingesta, seguidamente del trastorno por atracón, en el cual se centra este artículo. Los autores que más artículos han publicado son Fairburn CG. y Wilson GT y la revista más citada ha sido *International journal of eating disorders*, especializada en trastornos de la alimentación.

Palabras clave/Key words Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos de la alimentación y la ingesta. Trastorno por atracón. / Eating and feeding disorders. Binge eating disorder.

TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN Y DE LA INGESTIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o de los comportamientos relacionados con la alimentación que se traducen en la alteración del consumo o de la absorción de los alimentos y que daña seriamente la salud física o el funcionamiento psicosocial. Los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos (el trastorno de rumiación, trastorno restrictivo de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y el trastorno por atracón, pica) durante un episodio, sólo se puede asignar uno de estos diagnósticos, a pesar de una serie de características psicológicas y de comportamientos comunes, los trastornos difieren sustancialmente en la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoek HW, van Elburg AA. **Feeding and eating disorders in the DSM-5.** Tijdschr Psychiatr. 2014; 56 (3):187-91.
2. Shireen L. Rizvi, Carol B. Peterson, Scott J. Crow and W. Stewart Agras. **Test-retest reliability of the eating disorder examination.** Int J Eat Disord November 2000, 28: 311–316.
3. CG Fairburn, PJ Harrison. **Eating disorders,** Lancet. 2003 Feb 1; 361(9355):407-16.
4. Melissa A. Kalarchian, G. Terence Wilson, Robert E. Brolin and Lisa Bradley. **Assessment of eating disorders in bariatric surgery candidates: Self-report questionnaire versus interview.** Int J Eat Disord December 2000; 28:465–469,
5. Tagay S, Schlottbohm E, Reyes-Rodriguez ML, Repic N, Senf W. **Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources,** Int J Eat Disord.2014; 22(1):33-49.
6. Laura Currin, Ulrike Schmidt, Janet Treasure and Hershel Jick. **Time trends in eating disorder incidence.** BJP 2005, 186:132-135.
7. Ruth H. Striegel-Moore, George B. Schreiber, Annie Lo, Patricia Crawford, Eva Obarzanek and Judith Rodin. **Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: The NHLBI growth and health study.** Int J Eat Disord, January 2000, 27:49–66.

8. Roz Shafran, Christopher G. Fairburn, Paul Robinson and Bryan Las. **Body checking and its avoidance in eating disorders.** Int J Eat Disord January 2004. 35: 93–101.
9. John Burney and Harvey J. Irwin. **Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology.** Journal of Clinical Psychology, January 2000, 56: 51–61.
10. María del Carmen Salgueiro y Diana Kirszman. **Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia.** Revista Argentina de Clínica Psicológica.
11. Hoek, H.W. & van Hoeken, **Review of the prevalence and incidence of eating disorders.** Int J Eat Disord (2003), 34: 383-396
12. Oddbjorn Hove. **Prevalence of Eating Disorders in Adults With Mental Retardation Living in the Community.** American Journal on Mental Retardation, November 2004. 109: 501-506
13. Hogan Mj, Strasburger VC. **Body image, eating disorders, and the media.** Adolesc Med State Art Rev. 2008 Dec; 19:521-46, x-xi.
14. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, et al. **Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during adulthood.** Arch Gen Psychiatry (2002), 59:545-552.
15. Kohn M, Golden NH. **Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment.** Paediatr Drugs. 2001; 3:91-9.
16. Rueda GE, Diaz LA, Campos A, Barros JA, Osorio BC, Cadena L. **Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias.** Biomédica 2005; 25:196-202
17. Dasha N, MBBS, Bryant-Waugh R. **Eating disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and comorbidity.** Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2009; 18:17-30
18. Fairburn C, Brownell K. **Eating Disorders and Obesity.** Second Edicion. New York, Guilford Press; 2002:226-232.
19. Fisher M. **The course and outcome of eating disorders in adults and in adolescents: a review.** Adolesc Med 2003; 14:149-58.
20. Jónsdóttir SM, Thornorsteinsdóttir G. **Eating disorders: symptomatology, course and prognosis, epidemiology, and psychiatric comorbidity.** Review article. Laeknabladid. 2006; 92:97-10

21. Micali N, Holliday J, Karwautz A, Haidvogel M, Wagner G, Fernandez F, et al. **Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters.** *Psychother Psychosom* 2007; 76:234-4
22. Cassin SE, Von Rason KM. **Personality and eating disorders: a decade in review.** *Clin Psychol Rev* 2005; 30: 1703-1710.
23. Mazzeo SE, Builk CM. **Environmental and Genetic Risk factors for Eating disorders: What the clinician needs to know.** *Child and Adolescent Psychiatric Clinics N Am* 2008; 18: 67-82.
24. Tanofsky-Kraff M, Yanovsky SZ, Wilfley DE, et al. **Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children.** *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 53-61.
25. Herpertz-Dahlmann B. **Adolescent Eating Disorders: Definitions, Symptomatology, Epidemiology and Comorbidity.** *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2008; 18:31-47.
26. Clarissa I. Martin, Terence M. Dovey y Jon Arcelus. **Feeding disorders of infancy or early childhood: A review.** *Rev Mex trastor aliment vol.3 no.2 Tlalnepantla jul/dic. 2012*
27. Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. **Feeding and eating disorders in childhood.** *Int J Eat Disord* 2010, 43, 98-111
28. Davies, W.H., Satter, E., Berlin, K.S., Sato, A.F., Silverman, A.H., & Fischer, E.A. **Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder.** *Journal of Family Psychology* 2006, 20, 409-417.
29. Dovey, T. M., Isherwood, E., Alridge, V. K, & Martin, C. I. **Typology of feeding disorders based on a single assessment system: Formulation of a clinical decision-making model.** *ICAN Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 2010, 2, 45-51.
30. Dovey, T. M., Isherwood, E., Alridge, V. K, & Martin, C. I. **Typology of Feeding Disorders Based on a Single Assessment System: Case Study Evidence.** *ICAN Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 2010, 2, 52-61.
31. Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. **The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample.** *Psychosomatic Medicine* 2004, 65, 701-8.

32. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., & Kessler, R.C. **The prevalence and correlates of eating disorders in the national co morbidity survey replication.** *Biological Psychiatry* 2007, 61, 348-358.
33. Manikam, R., & Perman, J. **Pediatric feeding disorders.** *Journal of Clinical Gastroenterology* 2000, 30, 34-46.
34. Martin, C., & Dovey, T. **An audit of feeding disorders on referrals to a paediatric psychology service.** *Clinical Psychology Forum* 2000, 212, 32-35
35. Martin, C., Southall, A., Shea, E., & Marr, A. **The Importance of a Multifaceted approach in the Assessment and Treatment of childhood Feeding Disorders.** *Clinical Case Studies* 2008, 7, 79-99.
36. Patel, M. R., Reed, G. K., Piazza, C. C., Bachmeyer, M. H., Layer, S. A, & Pabico, R. S. **An evaluation of a high-probability instructional sequence to increase acceptance of food and decrease inappropriate behavior in children with pediatric feeding disorders.** *Research and Developmental Disabilities* 2006, 27, 430-442.
37. Piazza, C. C., & Vaz, PCM. **Behavioural approaches to the management of paediatric feeding disorders. In Southall & C. Martin: Feeding Problems in children: A guide for health professionals.** Radcliffe Medical Press: London. 2010.
38. Puntis, J. W. L. **Specialist feeding clinics.** *Archives of Disorders of Childhood* 2008, 93, 164-67.
39. Kreipe RE, Mou SM. **Eating disorders in adolescents and young adults.** *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 101-24
40. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. **An empirical study of the classification of eating disorders.** *Am J Psychiatry* 2000; 157: 886-95
41. Wilson GT, Vitousek KM, Loeb KL. **Stepped care treatment for eating disorders.** *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 564-72.
42. Hoek HW. **Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders.** *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26:529-31.
43. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. **Epidemiology, course, and outcome of eating disorders.** *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26:543-8
44. Baile, J.I. & González, M.J. (2010). **Trastornos del comportamiento alimentario antes del siglo XX.** *Revista Psicología Iberoamericana*, 18: 19-26.
45. Salas, J., García, P., & Sánchez, R. J. M. (2005). **La alimentación y la nutrición a través de la historia.** Barcelona: Glosa.

46. Karin Biedermann, Vania Martínez, Marcia Olhaberry, Claudia Cruzat. **Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación.** Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XVIII, núm. 3, noviembre, 2009, 217-226.
47. Rosa Behar A. **Fifteen years researching on eating disorders.** Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (2): 135-146.
48. M.A. Peláez Fernández, F.J. Labrador Encinas, R.M. Raich Escursell. **Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión.** C. Med. Psicosom, Nº 71 / 72 – 2004.
49. Teresa Rivas, Rosa Bersabé, Serafina Castro. **Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España);** Salud Mental, 2001.
50. Guerro-Prado, D.; Barjau Romero, J. M. Y Chinchilla Moreno, A. **Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura.** Actas Esp Psiquiatr 2001; 29:403-410.
51. Hudson JI, Hiripi E, el Papa HG Jr, Kessler RC. **La prevalencia y los correlatos de los trastornos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación de comer.** Biol. Psychiatry. 2007 01 de febrero; 61 (3): 348-58.
52. Preti A, Girolamo Di-s, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P. **La epidemiología de los trastornos alimentarios en seis países europeos: resultados del proyecto ESEMeD-WMH.** J Psychiatr Res. 2009 Sep; 43 (14):1125-32.
53. María Angeles Peláez Fernández, Rosa María Raich Escursell y Francisco Javier Labrador Encinas. **Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos.** Rev. Mex. de trastor. Aliment. 2010 vol.1 no.1.

Criterios diagnósticos

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de las costumbres o prácticas sociales.
- D. Si la conducta alimentaria se produce en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluyendo embarazo), es suficientemente grave para justificar una atención clínica adicional.

Especificar si: En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camilo Larraín A. **Pica en "Don Quijote". Pica, a strange symptom unveiled even in "Don Quixote"** Rev Méd Chile 2005; 133: 609-611
2. Laura Beatriz López, Carlos Rafael Ortega Soler, María Luz Pita Martín de Portela. **La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado.** ALAN v.54 n.1 Caracas mar. 2004
3. F. Viguria Padilla y A. Miján de la Torre. **La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida.** Nutr. Hosp. v.21 n.5 Madrid set.-oct. 2006
4. Delaney CB, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. **Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity.** Int J Eat Disord. 2014.

5. Lin JW, Temple L, Trujillo C, Mejia-Rodriguez F, Rosas LG, Fernald L, Young SL. **Pica during pregnancy among Mexican-born women: a formative study.** *Maternal & Child Nutrition*
6. Andrea S. Hartmann, PhD; Anne E. Becker, MD, PhD; Claire Hampton, MPH; Rachel Bryant-Waugh, BSc (Hons), MSc, DPhil. **Pica and Rumination Disorder in *DSM-5*.** *Psychiatric Annals.* November 2012 - Vol 42 · Issue 11: 426-430
7. Ellis CR, Jo C, Schnoes, MA. **Eating Disorder: Pica.** *Medicine Journal* 2001; Vol 2(6).
8. Woywodt A. **Geophagia: the history of earth-eating.** *J R Soc Med* 2002; 95:143-6.
9. Rose EA, Porcerelli JH, Neale AV. **Pica: common but commonly missed.** *J Am Board Fam Pract* 2000; 13(5):353-8.
10. Viguria F, Lázaro L, Miján A. **Trastorno de la conducta alimentaria tipo pica, en Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria.** Editorial Glosa. Barcelona, 2004: 71-90.
11. Pace GM, Toyer EA. **The effects of a vitamin supplement on the pica of a child with severe mental retardation.** *J Appl Behav Anal* 2000; 33(4):619-22.
12. Sugita K. **Pica: pathogenesis and therapeutic approach.** *Nihon Rinsho.* 2001 Mar; 59(3):561-5.
13. Sule S, Madugu HN. **Pica in pregnant women in Zaria, Nigeria.** *Niger J Med.* 2001 Jan-Mar; 10(1):25-7.
14. López LB, Langini S, Fleichman S, Portela ML, Ortega Soler C. **Iron deficiency in pregnant women with pica.** *J Am Diet Assoc* 2001;9(Supl. 1 A-104).
15. Simpson E, Mull Dennis Longley E, East J. **Pica during pregnancy in low income women born in Mexico.** *West J Med* 2000; 173:20-24.
16. López LB, Portela ML, Ortega Soler CR. **Pica prevalence in a group of pregnant women from Buenos Aires.** Argentina. *The FASEB Journal Experimental Biology* 2000. Abs. 178.14.
17. Morales L Hayes B. **Pica may be harmful to the fetus and mother.** *West J Med.* Jul 2000; 173(1):25.
18. Kumsar NA, Erol A. **The behavior of eating glass, with radiological findings: a case of pica.** *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2013 Spring;25(2):E46-8.

19. Yamamoto K, Takeda N, Yamatodani A. **Establishment of an animal model for radiation-induced vomiting in rats using pica.** J Radiat Res (Tokyo) 2002; Jun. 43(2):135-41.
20. Kitamura F, Watanabe H, Umeno A, Yoshida Y, Kurata K, Gotoh N. **Oxidized trilinoleate and tridocosaenoate induce pica behavior and change locomotor activity.** J Oleo Sci. 2013; 62(4):207-12.
21. Upadhyaya SK, Sharma A. **Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy with pica as the sole manifestation.** Indian J Psychol Med. 2012 Jul;34(3):276-8
22. Aparna PV, Austin RD, Mathew P. **PICA.** Indian J Dent Res. 2012 May-Jun;23(3):426-7
23. Rohde J, Claussen MC, Kuechenhoff B, Seifritz E, Schuepbach D. **Combined symptomatology of psychosis, pica syndrome, and hippocampal sclerosis: a case report.** Int J Eat Disord. 2013 Jan; 46(1):89-91

TRASTORNO DE RUMIACIÓN

307.53 (F98.21)

Criterios diagnósticos

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un período mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afectación gastrointestinal asociada u otra afección médica. (por ejemplo, reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno de alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, o trastorno de evitación/ restricción de la ingestión de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (por ejemplo, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si: En remisión: Después de diagnosticar completamente un trastorno de rumiación previamente cumplido, el diagnóstico no ha sido cumplido por el tiempo suficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delaney CB1, Eddy KT, Hartmann AS, Becker AE, Murray HB, Thomas JJ. **Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity.** Int J Eat Disord. 2014 Apr 11
2. Birmingham CL, Firoz T. **Rumination in eating disorders: literature review.** Eat Weight Disord. 2006; 11(3):e85–89.
3. Cova, F., Melipillán, R., & Rincón, P. **Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes.** Revista Mexicana de Psicología 2007, 24, 175-183.
4. Chaskel, Roberto. **Psychosomatic Medicine View of Eating Disorders in Children and Adolescents.** rev.colomb.psiquiatr. June 2006, vol.35 suppl.1, p.176-186.
5. A Rawal, RJ Park, JMG Williams. **Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders.** Behaviour Research and Therapy, 2010 – Elsevier
6. Tutuian R, Castell DO. **Rumiation documented by using combiden multichannel intraluminal impedance and manometry.** Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2:340-3
7. Papadopoulos V, Mimidis K. **The rumination syndrome in adults: A review of the pathophysiology, diagnosis and treatment.** J post-grad Med. 2007; 53 (3):203-6.
8. Olden KW. **Rumination.** Curr Treat Options Gastroenterol 2001;4:351–8.

**TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS
307.59 (F50.8)**

Criterios diagnósticos

- A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (por ejemplo, falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado crecimiento escaso en los niños).
 2. Deficiencia nutritiva significativa.
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si: En remisión: Después de haber se cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bryant-Waugh R. **Avoidant restrictive food intake disorder: an illustrative case example.** Int J Eat Disord 2013; 46: 420-3.
2. Bryant-Waugh R, Kreipe RE. **Avoidant/restrictive food intake disorder in DSM-5.** Psychiatr Ann 2012; 42: 402-5.
3. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Callahan ST, Malizio J, Kearney S, Walsh BT. **Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5.** J Adolesc Health. 2014.
4. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. **Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study.** Int J Eat Disord. 2013
5. Kreipe RE¹, Palomaki A. **Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder.** Curr Psychiatry Rep. 2012 Aug; 14(4):421-31.
6. Mark L. Norris MD, Amy Robinson MD, Nicole Obeid PhD, Megan Harrison MD, Wendy Spettigue MD and Katherine Henderson PhD. **Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study.** Int J Eat Disord

ANOREXIA NERVIOSA

307.1 (F50.01)

Crterios diagn3sticos

- A. Restricci3n de la ingesta energ3tica en relaci3n con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relaci3n a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud f3sica. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al m3nimo normal o, en ni1os y adolescentes, inferior al m3nimo esperado.
- 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.
- C. Alteraci3n en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constituci3n, influencia impropia del peso o la constituci3n corporal en la

autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

(F50.01) 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 la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) 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 incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud 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 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

BIBLIOGRAFÍA

1. José I. Baile Ayensa y María J. González Calderón. **Did Anorexia Nervosa exist in the fourteenth century?: the case of Saint Catherine of Siena.** Mexican Journal of Eating Disorders 3 (2012) 80-88
2. Hinojosa, S. (2009). **Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo.** Madrid: Maia Ediciones.
3. Rodrigo César León Hernández, Araceli Aizpuru de la Portilla. **Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria.** Mexican Journal of Eating Disorders 1 (2010) 119-124.
4. Rosa Behar A. **Espiritualidad y ascetismo en la anorexia nerviosa.** Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (2): 117-129
5. Espíndola C, Blay S. **Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies.** Ann Clin Psychiatry 2009; 21 (1): 38-48.
6. Vellisca González, María Yolanda; Orejudo Hernández, Santos y Latorre Marín, José Ignacio. **Distorsión de la Percepción Corporal en Pacientes con Anorexia Nerviosa de Inicio Temprano vs. Tardío.** Clínica y Salud. 2012, vol.23, n.2
7. Cruzat M, Claudia et al. **Facilitadores de la alianza terapéutica en la anorexia nerviosa: Una mirada desde la diada terapeuta-paciente.** Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2013, vol.51, n.3
8. Jáuregui-Lobera, Ignacio y Bolaños-ríos, Patricia. **Revisión del tratamiento dietético-nutricional de la anorexia nerviosa.** Rev. méd. Chile. 2012, vol.140, n.1
9. Figueroa, Gustavo. **The existential analysis of anorexia nervosa: from psychiatric science to its foundations.** Rev. Mex. de trastor. Aliment. 2012, vol.3, n.1
10. Miranda-sánchez, Sergio. **Anorexia nerviosa: Manejo nutricional en pediatría.** Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2010, vol.67, n.1

11. Herrera Gómez, A.; Martínez Galiano, J.M. y Fernández Valero, M.J. **Anorexia nerviosa en el embarazo: cuidados en la enfermería obstétrico-ginecológica.** *Enferm. glob.* 2011, vol.10, n.23
12. Figueroa, Gustavo. **"El caso Ellen West": la ética médica en los albores de la anorexia nerviosa.** *Rev. Mex. de trastor. Aliment.* 2011, vol.2, n.2
13. Gempeler, Juanita. **Terapia de remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa.** *Rev colomb psiquiatr.* 2010, vol.39, n.4
14. Cockfield A, Philpot U. **Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective.** *Proc Nutr Soc* 2009; 68: 281-8.
15. Gentile MG, Pastorelli P, Ciceri R, Manna GM, Collimedaglia S. **Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition.** *Clin Nutr.* 2010; 21.
16. Herpertz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. **Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18: 131-45.
17. Jáuregui Lobera I, Bolaños Ríos P. **Choice of diet in patients with anorexia nervosa.** *Nutr Hosp* 2009; 24: 682-7.
18. Yamashita S, Kawai K, Yamanaka T, Inoo T, Yokoyama H, Morita Ch, et al. **BMI, body composition, and the energy requirement for body weight gain in patients with anorexia nervosa.** *Int J Eat Disord* 2010; 43: 365-71.
19. Lund BC, Hernández ER, Yates WR, Mitchell JR, McKee PA, Johnsonn CL. **Rate of Inpatient Weight Restoration Predicts Outcome in Anorexia Nervosa.** *Int J Eat Disord* 2009; 42: 301-30.
20. Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valéro R, Begu-Le Corroller A, Fromont I, Mancini J, et al. **The impact of weight normalization on quality of recovery in anorexia nervosa.** *J Am Coll Nutr* 2009; 28: 397-404.
21. Nogal P, Pniewska-Siark B, Lewiński A. **Analysis of treatment efficacy in girls with anorexia nervosa.** *Neuro Endocrinol Lett* 2009; 30: 32-8.
22. Couturier J, Mahmood A. **Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa.** *Eat Disord* 2009; 17: 327-32.
23. Vignini A, D'Angelo M, Nanetti L, Camilloni MA, Cester AM, Faloia E. **Anorexia Nervosa: A role for L-Arginine supplementation in cardiovascular risk factors?** *Int J Eat Disord.* 2010; 43: 464-71.

24. Fotios C Papadopoulos, MD, PhD, Anders Ekblom, MD, PhD and Lena Brandt, BSc Lisa Ekselius, MD, PhD. **Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa.** *BJP* (2009) 194: 10-17.
25. James Lock, MD, PhD; Daniel Le Grange, PhD; W. Stewart Agras, MD; Ann Moye, PhD; Susan W. Bryson, MA, MS; Booil Jo, PhD. **Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa.** *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(10):1025-1032.

Criterios diagnósticos

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo 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.
 - 2. 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 controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, 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 comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbate G, Pierò A, Gramaglia C, Fassino S. **Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa.** Psychiatr Res 2005; 134: 75-84.
2. Esteban Jaime Camacho-Ruíz, Juan Manuel Mancilla-Díaz, María Del Consuelo Escoto-Ponce De León, María Guillermina Yáñez-Tellez. **Design and Validation of a Computerized Stroop-Like Task to Evaluate Attentional Biases in Bulimia Nervosa.** Mex J. of behavior analysis 2009, 36:75-89
3. Albornoz M. Delia; Miranda U. Gilberto; Solano C. Cecilia. **Terapia cognitivo-conductual en bulimia nerviosa.** 2010. An. salud ment; 26(1):67-74.
4. María Herrera. **Bulimia nerviosa: emociones y toma de decisiones.** Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2011 Vol 4, Pages 88–95
5. Gudrun Wagner, Eva Penelo, Gerald Nobis, Anna Mayerhofer, Johanna Schau, Marion Spitzer, Hartmut Imgart, Andreas Karwautz. **Is technology assisted guided self-help successful in treating female adolescents with bulimia nervosa?** neuropsychiatrie. Apr 2013.
6. Bradley T. Erford, Taryn Richards, Elizabeth Peacock, Karen Voith, Heather McGair, Brooke Muller, Kelly Duncan, Catherine Y. Chang. **Counseling and Guided Self-Help Outcomes for Clients with Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis of Clinical Trials from 1980 to 2010.** Journal of Counseling & Development. Apr 2013, Vol. 91, No. 2: 152-172.
7. Del Rio Sánchez C, Torres Pérez I, Borda Mas M. **Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-I).** Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2002, Vol. 2, Nº 3, pp:425-438.

8. G. Wagner, E. Penelo, C. Wanner, P. Gwinner, M.-L. Trofaier, H. Imgart, K. Waldherr, C. Wober-Bingol, A. F. K. Karwautz. **Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial.** BJP. Feb 2013, Vol. 202, No. 2: 135-141
9. Ina Beintner, Corinna Jacobi. **Internetgestützte Nachsorge bei Bulimia nervosa.** Psychotherapeut. Oct 2011
10. V. C. Sánchez-Ortiz, C. Munro, D. Stahl, J. House, H. Startup, J. Treasure, C. Williams, U. Schmidt. **A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population.** Psychological Medicine. Feb 2011, Vol. 41, No. 02: 407-417
11. Mazaeva NA, Grachev VV. **Bulimia nervosa: problems of clinical differentiation.** Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2014;114(3):103-13
12. Tasca GA, Hilsenroth M, Thompson-Brenner H. **Psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa.** Am J Psychiatry. 2014 May 1; 171(5):583-4.
13. Marsh R, Steinglass JE, Gerber AJ, Graziano O'Leary K, Wang Z, et al. (2009) **Deficient activity in the neural systems that mediate self-regulatory control in bulimia nervosa.** Arch Gen Psychiatry 66: 51–63.
14. Bohon C, Stice E (2010) **Reward abnormalities among women with full and subthreshold bulimia nervosa: A functional magnetic resonance imaging study.** Int J Eat Disord.
15. Frank GK, Wagner A, Achenbach S, McConaha C, Skovira K, et al. (2006) **Altered brain activity in women recovered from bulimic-type eating disorders after a glucose challenge: a pilot study.** Int J Eat Disord 39: 76–79.
16. Wagner A, Aizenstein H, Venkatraman VK, Bischoff-Grethe A, Fudge J, et al. (2010) **Altered striatal response to reward in bulimia nervosa after recovery.** Int J Eat Disord 43: 289–294.
17. Marsh R, Horga G, Wang Z, Wang P, Klahr KW, et al. (2011) **An fMRI Study of Self-Regulatory Control and Conflict Resolution in Adolescents With Bulimia Nervosa.** Am J Psychiatry
18. Pretorius N, Waller G, Gowers S, Schmidt U (2009) **Validity of the Eating Disorders Examination-Questionnaire when used with adolescents with**

- bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa.** Eat Weight Disord 14: e243–248.
19. Zeeck A1, Hartmann A, Sandholz A, Joos A. **Bulimia nervosa.** Ther Umsch. 2006 Aug;63(8):535-8.
 20. Hoeken D van, Veling W, Sinke S, Mitchell JE, Hoek HW. **The validity and utility of subtyping bulimia nervosa.** Int J Eat Disord 2009; 42: 595-602.
 21. Harry R Kissileff, Ellen J Zimmerli, Migdalia I Torres, Michael J Devlin, and B Timothy Walsh. **Effect of eating rate on binge size in Bulimia Nervosa.** Physiol Behav. Feb 27, 2008; 93(3): 481–485.

Los artículos que con mayor frecuencia y cantidad se encuentran son aquellos que hablan de **la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa** conjuntamente. Alguno de ellos son los siguientes:

1. Salorio del Moral P, Campillo Cascales M^aJ, Espinosa Gil R, Pagán Acosta G, Oñate Gómez C, López I. **Trastornos de personalidad y anorexia nerviosa y bulimia.** Un estudio con el MCMI-III. Salorio del Moral P. Psicología.com. 2011; 15:65.
2. Echeburúa E, Marañón I, Grijalvo J. **Trastornos de Personalidad en pacientes aquejados de anorexia y bulimia nerviosa: un estudio piloto.** Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2002, Vol.7, Num.2, pp: 95-101.
3. Bottin J, Salbach-Andrae H, Schneider N, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkuhl U **Personality disorders in adolescent patients with anorexia and bulimia nerviosa.** Z kinder JugendpsychiatrPsychother, 2010 Sep: 38(5):341-350.
4. Torres Pérez I, Del Río Sánchez C, Borda Mas M. **MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa.** Psicothema, 2008, Vol. 20,Nº 1 pp: 138-143.
5. Samantha J. Brooks mail, Owen G. O'Daly, Rudolf Uher, Hans-Christoph Friederich, Vincent Giampietro, Michael Brammer, Steven C. R. Williams, Helgi B. Schiöth, Janet Treasure, and Iain C. Campbell **Differential Neural Responses to Food Images in Women with Bulimia versus Anorexia Nervosa.** Published: July 20, 2011
6. Gonidakis F1, Kravvariti V, Varsou E. **Sexual function of women suffering from Anorexia and Bulimia Nervosa.** J Sex Marital Ther. 2014 Apr 29:0.

7. Stiles-Shields C1, Dclinpsy BB, Lock J, Grange DL. **The effect of driven exercise on treatment outcomes for adolescents with anorexia and bulimia nervosa.** Int J Eat Disord. 2014 Apr 11.
8. Keating L1, Tasca GA, Bissada H. **Pre-treatment attachment anxiety predicts change in depressive symptoms in women who complete day hospital treatment for anorexia and bulimia nervosa.** Psychol Psychother. 2014 Apr 9.
9. Setnick J. **Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: A review of literature.** Nutr Clin Pract 2010; 25: 137-42.
10. Calvo R. **Anorexia nerviosa y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas.** Barcelona: Planeta, 2002.
11. Y epes M, Moreno S, Ramirez L. **Anorexia and Bulimia Prevention in High School Adolescent Women.** Health for Children of the Americas magazine 2002 No 6.

TRASTORNOS NO ESPECÍFICADOS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA INGESTA 307.50 (F50.9)

Criterios diagnósticos

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosa Behar A. **Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria.** Rev Méd Chile 2008; 136: 1589-1598.
2. Fairburn C, Bohn K. **Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV.** Behav Res Ther 2005; 43: 691-701.
3. Machado P, Machado B, Gonçalves S, Hoek H. **The prevalence of eating disorders not otherwise specified.** Int J Eat Disord 2007; 40: 212-7.
4. Button E, Benson E, Nollett C, Palmer R. **Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): Patterns of service use in an eating disorders service.** Psychiatric Bulletin 2005; 29: 134-6.
5. Andersen A, Bowers W, Watson T. **A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category.** Psychiatr Clin North Am 2001; 24: 271-80.
6. Rockert W, Kaplan A, Olmsted M. **Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care center.** Int J Eat Disord 2007; 40: 99-103
7. J Thomas, L Vartanian, R Striegel-Moore **Eating disorder not otherwise specified** Int J Eat disord 2011
8. Valdo Ricca M.D., E. Mannucci, B. Mezzani, M. Di Bernardo, T. Zucchi, A. Paionni, G. P. A. Placidi, C. M. Rotella, C. Faravelli **Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified.** Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2001, Vol 6; 157-165
9. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Di Bernardo M, Zucchi T, Paionni A et al. **Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified.** Eat Weight Disord 2001; 6: 157-65.

OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA INGESTA 307.59 (F50.8)

Criterios diagnósticos

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas

importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
5. 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 de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas

del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón 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 diagnósticos

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
1. Ingestión, en un periodo 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.
 2. 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).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, 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 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 (véase a continuación). 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. I. Carrard, C. Crépin, P. Rouget, T. Lam, A. Golay, M. Van der Linden. **Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder.** Behaviour Research and Therapy. Aug 2011, Vol. 49, No. 8: 482-491
2. Schienle A, Schafer A, Hermann A, Vaitl D (2009) **Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food.** Biol Psychiatry 65: 654–661.
3. Willey DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. **Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder.** Int J Eat Disord. 2000; 27:259-269

4. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Solomon EE, Fairburn CG, Pike KM, Wilfley DE. **Subthreshold binge eating disorder**. *Int J Eat Disord*. 2000; 27:270-278.
5. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, Keck PR Jr, Hudson JI. **Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder**. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:1004-1006.
6. Nauta H, Hoshperse H, Kok G, Jansen A. **A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters**. *Behav Ther*. 2000; 31: 441-461.
7. Denise E. Wilfley, PhD; R. Robinson Welch, PhD; Richard I. Stein, PhD; Emily Borman Spurrell, PhD; Lisa R. Cohen, PhD; Brian E. Saelens, PhD; Jennifer Zoler Douchis, BA; Mary Ann Frank, PhD; Claire V. Wiseman, PhD; Georg E. Matt, PhD. **A randomized comparison of group of cognitive-behavioral therapy and group of interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder**. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; Vol 59.
8. Schmitz F, Naumann E, Trentowska M, Svaldi J. **Attentional bias for food cues in binge eating disorder**. *Appetite*. 2014 May 6.
9. Fischer S, Peterson C. **Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study**. *Psychotherapy (Chic)*. 2014 Apr 28.
10. Ribeiro M, Conceição E, Vaz AR, Machado PP. **The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal**. *Eur Eat Disord Rev*. 2014 May;22(3):185-90.
11. Balodis IM, Grilo CM, Kober H, Worhunsky PD, White MA, Stevens MC, Pearlson GD, Potenza MN. **A pilot study linking reduced fronto-striatal recruitment during reward processing to persistent bingeing following treatment for binge-eating disorder**. *Int J Eat Disord*. 2014 May;47(4):376-84.
12. JuanA. Guisado, Francisco J. Vaz. **Aspectos clínicos del trastorno por atracón o «binge eating disorder»**. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2001, vol XXI, n.o 77, pp. 27-32
13. Pull, Charles B. **Binge eating disorder** CB Pull - *Current Opinion in Psychiatry*, 2004, vol 17.
14. Stephen A. Wonderlich PhD, Kathryn H. Gordon PhD, James E. Mitchell MD, Ross D. Crosby PhD and Scott G. Engel PhD. **The validity and clinical utility of binge eating disorder**. *Int J Eat Disord*. 2009; Vol 42, 687-705.

15. Kimberly A. Brownley PhD, Nancy D. Berkman PhD, Jan A. Sedway PhD, Kathleen N. Lohr PhD and Cynthia M. Bulik PhD. **Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials.** Int J Eat Disorder 2007; 40(4):337-48.
16. G. Terence Wilson, PhD; Denise E. Wilfley, PhD; W. Stewart Agras, MD; Susan W. Bryson, MA, MS. **Psychological Treatments of Binge Eating Disorder.** Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(1):94-101.
17. CF Telch, WS Agras, MM Linehan. **Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial.** Behavior Therapy, 2000
18. Susan L. McElroy, M.D. Lesley M. Arnold, M.D., Nathan A. Shapira, M.D., Ph.D. Paul E. Keck, Jr., M.D. Norman R. Rosenthal, M.D., M. Rezaul Karim, Ph.D. Marc Kamin, M.D. James I. Hudson, M.D., Sc.D. **Topiramate in the Treatment of Binge Eating Disorder Associated With Obesity: A Randomized, Placebo-Controlled Trial.** Am J Psychiatry 2003;160:255-261
19. Agras WS: **Treatment of binge-eating disorder, in Treatment of Psychiatric Disorders**, 3rd ed. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2001, pp 2209-2219.
20. Arnold LA, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennet AJ, Keck PE Jr: **A placebo-controlled trial of fluoxetine in the treatment of binge eating disorder.** J Clin Psychiatry 2002; 63:1028-1033
21. Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL: **Treatment of binge-eating disorder with topiramate: a clinical case series.** J Clin Psychiatry 2000; 61:368-372.
22. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, e.a. **The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World.** Mental Health Surveys. Biol Psychiatry 2013; 73: 904-14.
23. Striegel-Moore RHFranko D. **Should binge eating disorder be included in the DSM-V? a critical review of the state of the evidence.** Annu Rev Clin Psychol 2008;4305- 324
24. Pagoto S, Bodenlos JS, Kantor L, Gitkind M, Curtin C, Ma Y. **Association of major depression and binge eating disorder with weight loss in a clinical setting.** Obesity (Silver Spring) 2007;15 (11) 2557- 2559
25. Sysko R, Hildebrandt T, Wilson G, TWilfley DE, Agras WS. **An examination of the diagnostic classification and short-term course of binge eating**

- disorder using latent class analysis.** Paper presented at the Int Conference on Eat Disord; Seattle, WA; May16 , 2008
26. Grilo CM, Masheb RM, Brownell KD, Wilson GT, White MA. **Randomized comparison of cognitive behavioral weight loss treatments for obese patients with binge eating disorder: 12-month outcomes.** Paper presented at: World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy; July11 , 2007; Barcelona, Spain.
 27. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Liu L, Walsh BT. **Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up.** *Obes Res* 2007;15 (7) 1702- 1709
 28. Delinsky SS, Latner JD, Wilson GT. **Binge eating and weight loss in a self-help behavior modification program.** *Obes Res* 2006;14 (7) 1244- 1249
 29. C. Saldaña García. **Trastornos por atracón y obesidad.** *Nutr. Hosp.* (2002) XVII (Sup. 1) 55-59.
 30. Reichborn- Kjennerud T, Bulik C, Sullivan P, Tambs K, Harris J. **Psychiatric and medical symptoms associated with broadly defined binge-eating disorder.** In: Bulik C, Reichborn-Kjennerud T, editors. Medical morbidity in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl: 39-46.
 31. Wifley D, Wilson G, Agras W. **The clinical significance of binge eating disorder.** *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl: 96-106.
 32. Lee-Winn A1, Mendelson T, Mojtabai R. **Racial/Ethnic Disparities in Binge Eating: Disorder Prevalence, Symptom Presentation, and Help-Seeking Among Asian Americans and Non-Latino Whites.** *Am J Public Health.* 2014 May 15.
 33. Wilson S1, Ferraro ZM, Goldfield G, Hadjiyannakis S, Doucet E, Adamo KB. **Appetite signaling proteins, glucose and appetite sensations in obese adolescents with subclinical binge eating disorder.** *Can J Diabetes.* 2013 Apr;37 Suppl 2:S285.
 34. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. **Las diferencias de género en los pacientes con trastorno por atracón.** *Int J Coma Disord.* 2002 Jan; 31 (1) :63-70.
 35. Juan A. Guisado, Francisco J. Vaz. **Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder".** *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* n.77 Madrid ene.-mar. 2001.

36. Darby A, Hay P, Mond J, Rodgers B, Owen C. **Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status.** *Int J Obes (Lond)* 2007;31:876–882.
37. Zwaan, M. **Binge eating disorder and obesity.** *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders.* May 2001 Supplement, Vol.25, S51.1p.

Lo más relacionado después de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, es la relación entre **el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa**. Algunos ejemplos son:

1. GT Wilson, R Sysko **Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations**. Int J Eat Disord 2009
2. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. **The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women**. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57:659-665.
3. A Schäfer, D Vaitl, A Schienle. **Regional grey matter volume abnormalities in bulimia nervosa and binge-eating disorder**. Neuroimage, 2010
4. Ruth H. Striegel-Moore, Fary M. Cachelin, Faith-Anne Dohm Kathleen M. Pike, Denise E. Wilfley and Christopher G. Fairburn **Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample** Int J Eat Disord. Vol 29.
5. Sysko R, Walsh BT. **A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder**. Int J Eat Disord 2008;41 (2) 97- 112
6. Chistopher G. Fairburn DM, MPhil, FRCPsych; Zafra Cooper, DPhil, Dip Clin Psych; Helen A. Doll, MSc; Patricia Norman, MSc; Marianne O'Connor, BA. **The natural course of Bulimia nervosa and binge eating disorder in young woman**. Arch Gen Psychiatry. 2000. Vol 57.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación o de los comportamientos relacionados con la alimentación que se traducen en la alteración del consumo o de la absorción de alimentos y que daña seriamente la salud física o el funcionamiento psicosocial.

Los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos han variado a lo largo de los años como ocurre con el trastorno de la alimentación y la ingesta, al igual que los trastornos que englobaba dicho grupo. Inicialmente existían tres tipos de trastornos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno no-especificado (EDNOS) el cual incluía el trastorno por atracón. En la actualidad y con el nuevo DSM-V los trastornos que incluye este grupo son: el trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, y el trastorno por atracón, pica, el trastorno no especificado y otros trastornos específicos de la alimentación, todos ellos dentro de una clasificación mutuamente excluyente, de modo que durante un episodio, sólo se puede asignar uno de estos diagnósticos, a pesar de una serie de características psicológicas y de comportamientos comunes, los trastornos difieren sustancialmente en la clínica, como ocurre en la bulimia y el trastorno por atracón (la bulimia tiene conductas compensatorias y el trastorno por atracón no).

Algunos individuos con trastornos previamente mencionados presentan síntomas relacionados con problemas de la alimentación. Estos síntomas se asemejan a los que normalmente ocurren en sujetos con trastornos por consumo de sustancias, tales como el deseo y los patrones de uso compulsivo. Esta semejanza se puede reflejar en la participación de los mismos sistemas neuronales, incluyendo los implicados en el autocontrol y la recompensa. (1, 2)

La epidemiología sobre trastornos de la alimentación indica que la incidencia de los últimos catorce años está aumentando progresivamente aunque de manera más frenada en el último periodo. Durante los últimos catorce años se ha modificado mucho la aparición de estos trastornos en cuanto al sexo, principalmente lo padecían las mujeres jóvenes, actualmente ha aumentado la incidencia en un gran número de varones con trastornos de la alimentación.

Y lo mismo ocurre con la edad de algunos individuos que padecen trastornos, ha aumentado. Este crecimiento se registra sobre todo en mujeres jóvenes (incluyendo hasta 39 años de edad) principalmente en el trastorno por atracón o la bulimia nerviosa. (3, 4, 5, 6)

El trastorno por atracón es uno de los trastornos de la alimentación y la ingesta, fue descrito por primera vez en 1959 por Stunkard, como un patrón distintivo en pacientes obesos. Inicialmente no se consideraba como trastorno individual de la alimentación, sino que pertenecía al grupo de los trastornos no especificados de la alimentación (EDNOS). Este trastorno consiste en episodios recurrentes de atracones de comida en pequeños periodos de tiempo, en los que el resto de la población no sería capaz de consumir semejante cantidad de comida. Y además se siente una posterior sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere, suele ocurrir de manera compulsiva.

Los atracones no van seguidos de conductas compensatorias inadecuadas como en el caso de la bulimia nerviosa, pero sí de un sentimiento de culpabilidad y depresión. Estos episodios tienen lugar aunque la persona no tenga hambre y se detienen únicamente cuando se sienten realmente llenos. Los episodios tienden a ocurrir en una media de dos días por semana y de tres a seis meses de duración. (1, 7, 8)

Según diversos estudios, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. La incidencia en los últimos años tiende a ser mayor también en mujeres, aunque están apareciendo muchos más casos en varones que en épocas anteriores. Sin embargo, en caso de búsqueda de ayuda son ellas las que más lo solicitan, observándose esta tendencia en la mayoría de países. (9,10, 11)

En algunos estudios anteriores se relaciona el sobrepeso y la obesidad con el trastorno por atracón. La prevalencia del trastorno por atracón en mujeres con sobrepeso está aumentando, la mayoría de las personas que padecen obesidad y que buscan ayuda lo hacen por el exceso de peso y no por el trastorno por atracón. (8, 12, 13)

Se ha comparado en diversos estudios la cantidad de alimentos que son capaces de consumir los sujetos con trastorno según el tiempo que disponen para ello, comprobando que cuanto más rápido comen más cantidad de comida son capaces de comer. (14)

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es la actualización bibliográfica sobre los trastornos de la alimentación en los últimos 14 años y en profundidad en la actualización bibliográfica de los trastornos por atracón de 2000-2014, utilizando el DSM-V como criterio de clasificación diagnóstica, aunque éste aún no ha entrado en vigor para diagnosticar.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo se ha realizado para cubrir la falta de actualización bibliográfica sobre el tema de trastornos de la alimentación y de la ingesta, coincidiendo además con la publicación del nuevo DSM-V.

Aunque éste no ha entrado en vigor y no se puede diagnosticar por él, parece interesante conocer los nuevos trastornos que incluye así como su criterio diagnóstico.

En el grado de nutrición humana y dietética se estudian asignaturas como ciencias del comportamiento y comunicación, patología del adulto y anciano, entre otras, en las cuales se ha tratado el tema de los trastornos de la alimentación y la ingesta.

En la literatura actual se encuentra poca documentación sobre la actualización bibliográfica en los últimos años, de ahí la importancia de este trabajo para completar la bibliografía hasta la fecha. Un artículo que actualiza este tema es el siguiente, M Aguinaga, LJ Fernández, JR Varo. **Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización.** Vol 23, No 2 (2000). Aguinaga.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los artículos que se han incluido en este estudio son todos aquellos relacionados con nutrición, durante el periodo de 2000-2014, tanto revisiones como artículos originales, artículos en inglés y en español principalmente. También se han localizado artículos, en su minoría, en alemán y ruso.

La búsqueda se ha realizado en Pubmed y Cochrane, aunque sin resultados concluyentes en esta última. Y en las revistas más destacadas Science Direct, Nutrición Hospitalaria, The Lancet, Elsevier, Scielo e International Journal of Eating Disorders, entre otras.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la alimentación y la ingesta, eating disorders/feeding and eating disorders, en general; y en particular trastorno por atracón, binge eating disorder. (Para localizar el resto de la bibliografía se ha especificado el nombre del trastorno, tanto en español como en inglés).

Se han encontrado artículos tanto de la descripción del trastorno así como de su incidencia, prevalencia, tratamiento (cognitivo conductual, nutricional, farmacológico, etc.), comparación de dos o más trastornos o artículos desde el punto de vista histórico.

RESULTADOS

Tras la búsqueda de artículos de todos los trastornos de la alimentación y la ingesta comprobamos que la mayoría han sido escritos en inglés y en segundo lugar en español.

De todos los artículos encontrados, se han elegido 200 repartidos entre todos los trastornos que componen el grupo de la alimentación y la ingesta.

La mayoría de ellos han sido escritos sobre los trastornos de la alimentación y la ingesta en general, un total de **54** artículos, es decir, un 27%. En su mayoría se explican los trastornos de la alimentación, describiendo los tipos que hay y criterios diagnósticos del DSM-IV o DSM-V.

Se han encontrado varios artículos sobre tratamientos de los trastornos, tanto terapia cognitivo conductual como farmacológica con fluoxetina; artículos de prevalencia e incidencia de la enfermedad; de trastornos de la alimentación en distintos cursos de otras enfermedades, como por ejemplo obesidad. También se han encontrado otros sobre los trastornos de la alimentación y la ingesta durante las etapas de la vida, niñez, adolescencia, adultos jóvenes.

Los artículos encontrados sobre la pica son **23**, un 11,5% del total, destacando aquellos que tratan como principal sustancia ingerida la tierra (geofagia).

Respecto al trastorno de rumiación se han localizado **8** artículos, un 4% del total.

Del nuevo trastorno de evitación/restricción de la alimentación e ingesta se han encontrado **6** artículos, es decir, un 3%; debido a la reciente catalogación de esta enfermedad.

Se han localizado **25** artículos de la enfermedad anorexia nerviosa, en este caso se han tenido en cuenta artículos desde el 2009-2014, un 12,5%. Este porcentaje es bajo debido a que sólo se han considerado los artículos desde hace cinco años, si se considerase todo el periodo (2000-2014) la cifra de artículos de este trastorno sería muy elevada. Por este motivo se acota la fecha a los últimos cinco años y se comprueba que es el trastorno más estudiado dentro del grupo de los trastornos de la alimentación a lo largo de todos los años.

Sobre la bulimia nerviosa también se han buscado artículos desde el 2009 al 2014, un total **21** artículos, un 10,5%, poca cantidad para un trastorno tan conocido. Se ha reducido el rango de búsqueda por el mismo motivo que en el trastorno anterior, exceso de información. Para concluir la búsqueda de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se relacionan ambas enfermedades ya que son las más conocidas y además estudiadas de todas las que componen los trastornos de la alimentación, se localizan **11** artículos, un 5,5% del total.

El trastorno por atracón es el principal trastorno estudiado en este trabajo, por lo que se localizan **37** artículos, un 18,5%. Posteriormente se han buscado artículos en la bibliografía actual relacionando la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Son trastornos muy parecidos por recurrir a atracones, se localizan **6** artículos, un 3% del total.

Los trastornos inespecíficos de la alimentación y la ingesta han sido definidos desde hace muchos años, sin embargo en el actual DSM-V integran un grupo nuevo y se han encontrado **9** artículos en la bibliografía, un 4,5%.

El DMS-V incluye también otra nueva agrupación denominada: otros trastornos específicos de la alimentación y la ingesta. Debido a su reciente creación no se localizan artículos en la bibliografía.

Analizando los artículos desde otro punto de vista, la revista que más artículos publica sobre trastornos de la alimentación y la ingesta es *International Journal of Eating Disorders* con 34 artículos del 200 como total, es decir, un 17% de los artículos. La siguiente fuente de información en cuanto al número de artículos publicados sobre el mismo tema es *Archives General of Psychiatry* con 7 artículos de 200, un 3,5% del total.

Considerando los autores especializados en los trastornos de la alimentación y la ingesta, el investigador que mayor número de publicaciones es: Fairburn CG., quien ha escrito 8, un 4%. Al igual ocurre con Wilson GT. cuyas publicaciones corresponden a un 4%. Con un porcentaje de un 3% del total, lo que equivale a 6 artículos, se encuentran el autor Hoek HW. y por otro lado Hudson JI.

Por último, examinando los años de publicación de los artículos (de 2000 a 2014), se observa que el año con mayor cantidad de publicaciones fue 2010 con 23 publicaciones un 11,5%, seguido de los años 2000 y 2009 con 22 publicaciones cada uno, un 11%.

CONCLUSIÓN

Los trastornos de la alimentación y de la ingesta se conocen desde hace muchos años. Estos trastornos han sido descritos en varias ediciones del DSM y con motivo de la última edición, el DSM-V, se ha hecho, en este trabajo, una búsqueda bibliográfica para localizar los artículos publicados en los últimos 14 años. Como se ha comentado anteriormente el DSM-V no ha entrado en vigor por lo que no se puede diagnosticar por el mismo.

El DMS-V incorpora nuevos trastornos como son el trastorno de evitación/restricción de la alimentación y la ingesta o el grupo de otros trastornos específicos de la alimentación y la ingesta; sobre este último grupo no se han hecho publicaciones explícitas, por ser tan nuevo. Sin embargo, sí se han encontrado publicaciones que mencionan trastornos localizados en el nuevo grupo (otros trastornos específicos de la alimentación y la ingesta), como son anorexia nerviosa atípica, bulimia nerviosa y trastorno por atracón de menos atracones o menor duración.

La entidad nosológica más publicada es el trastorno por atracón. Esto se debe a que es un trastorno cada vez más común entre la población, sobre todo en población obesa, de ahí el mayor interés de su investigación. Cada vez tiene mayor incidencia y prevalencia entre la población más joven, afectando en su mayoría a las mujeres.

Se ha relacionado en muchas ocasiones con la bulimia nerviosa por sus similitudes diagnósticas, aunque la diferencia más significativa es la falta de conductas compensatorias tras los atracones.

El mayor número de publicaciones encontradas se refieren a los trastornos de la alimentación en general. En estas publicaciones se comentan los diversos trastornos y la relación entre ellos, los posibles tratamientos (cognitivos, farmacológicos), los trastornos en el curso de otras enfermedades, como es la obesidad, o las entidades nosológicas a lo largo del curso de la vida (niñez, adolescencia, adultos jóvenes).

Como curiosidad, entre los artículos encontrados se localizan varios escritos por el profesor A. Miján de la Torre acerca de la pica, profesor de esta universidad.

Las revistas que más artículos publican son *International Journal of Eating Disorders*, especializada en trastornos de la alimentación y la ingesta, seguida de los *Archives General of Psychiatry*, centrada en la psiquiatría. Estas dos revistas han servido de fuente para seleccionar gran cantidad de artículos relacionados con los trastornos de la alimentación, pero hay muchas otras y muy dispersas. Algunas de las fuentes relacionan estos trastornos con otras enfermedades, de ahí la diversidad de revistas especializadas como por ejemplo en gastroenterología, en psiquiatría infantil o en salud mental de diversos países.

Los autores más citados en los artículos han sido Fairburn CG., Wilson GT., Hoek HW. y Hudson JI. Se ha analizado detenidamente a los autores de cada artículo de los distintos trastornos y se ha observado que están especializados en un trastorno en concreto y no en todos en general.

La falta de páginas de libre acceso para la búsqueda de artículos ha sido la principal limitación encontrada en el estudio; se podría haber encontrado un mayor número de ellos pero debido a la escasez de recursos económicos ha sido inviable.

Los trastornos de la alimentación y la ingesta es un tema muy amplio para continuar investigando. Estos trastornos basados en el DSM-V se podrían actualizar bibliográficamente desde el momento de la entrada en vigor del mismo y sobre todo analizar los artículos publicados sobre los nuevos trastornos que aparecen en esta edición.

Además se podría continuar con la investigación acerca de los trastornos por atracón, tanto de manera general como relacionado con la bulimia y la obesidad.

ANEXO

MODELOS DE ARTÍCULOS ENCONTRADOS

Título	Autores	Año	Revista	Descripción del artículo
Eating disorders	CG. Fairburn, PJ. Harrison	2003	The Lancet	En 2003 se clasificaban los trastornos de la conducta alimentaria en 3 tipos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos atípicos, o lo que es llamado ahora trastornos inespecíficos, los cuales introducían trastorno por atracón. La incidencia de mujeres jóvenes es mucho mayor que la de los hombres, al igual que la prevalencia. La patogénesis de la enfermedad radica en factores genéticos y factores ambientales (problemas familiares, abusos, obesidad, etc.). Relacionan además estos trastornos con la depresión y el perfeccionismo. Comienzan a describir el trastorno por atracón, similar a la bulimia por los recurrentes atracones pero sin acciones compensatorias. Las principales complicaciones que explican son trastornos electrolíticos y dentales, debido a vómitos y laxantes. Se encuentran tratamientos basados en evidencias para curar la enfermedad, terapia cognitivo conductual, tratamiento antidepresivo, motivación y evaluar y mejorar sus hábitos nutricionales.
Time trends in eating disorder incidence	L. Currin, U. Schmidt, J.Treasure, H. Jick.	2005	BJPsych	Se valora principalmente la incidencia hasta el 2000 de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, es más fácil valorar la anorexia ya que los criterios diagnósticos no se modifican con el tiempo, los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa se modifican a lo largo de los años, teniendo en cuenta la bulimia como parcial o completa (posteriormente pasó a ser trastornos no especificados, y con ello trastorno por atracón). Aumenta la incidencia tanto en anorexia nerviosa como en bulimia nerviosa en los últimos años, aunque disminuye la bulimia nerviosa en las mujeres de 20-39 años, cada vez son más jóvenes.
La pica: retrato de una entidad	F. Viguria		Nutr.	La pica es un comportamiento tanto animal como humano, consiste en consumir de manera reiterada sustancias no comestibles tales como carbón vegetal, tierra, cuerdas, cordeles, hilos, trapos y trozos de ropa. Sobre todo ocurre en embarazadas, niños y

clínica poco conocida	Padilla, A. Miján de la Torre	2006	Hosp.	adolescentes, principalmente con deficiencias mentales. La pica es más frecuente en jóvenes cuanto mayor es su discapacidad intelectual. Estas personas consumen las sustancias no comestibles para calmar dolores de patologías gastrointestinales de modo beneficioso pero podría estar contaminado y producir enfermedades. El origen y mantenimiento de la pica han sido respaldados por factores como hambre, privación, náusea, vómito, molestias digestivas, aumento de la producción de saliva, alteraciones del gusto y olfato. La pica en muchos casos de embarazadas ha aparecido a causa de la falta de hierro, cuando se soluciona el déficit de hierro, tiende a desaparecer la pica. Al igual que la falta de zinc en niños. La explicación psicológica más aceptada es que la Pica es una conducta aprendida, reforzada ambientalmente, con la finalidad de conseguir atención, evitar situaciones desagradables, conseguir cosas concretas o autoestimularse. La mayoría de los pacientes requieren cirugía para extraer objetos ingeridos, muchos de ellos son reincidentes.
Rumination in eating disorders: literature review	Birmingham CL, Firoz T	2006	Eat. Weight. Disord.	La rumiación es una conducta muy común en niños y deficientes mentales. Con este trastorno trataban de expulsar alimentos ya ingeridos, en algunos casos lo hacían dentro de la enfermedad de la anorexia, con el fin de regurgitar la comida en vez de vomitar. La terapia cognitiva conductual era una de las opciones como terapia, también masticar chicle después de las comidas, una buena nutrición y ejercicio. Una de las terapias más utilizadas es el control de la respiración, mediante técnicas respiratorias con las cuales se evitan episodios de rumiación. La estimulación oral disminuye la rumiación, de ahí comer chicle después de las comidas.
Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective	Cockfield A, Philpot U.	2009	Proc. Nutr. Soc.	La anorexia nerviosa es una de las enfermedades más graves, con la tasa de mortalidad de las más altas (se mide el riesgo con el IMC), debido al bajo peso y las acciones compensatorias, ejercicio, laxantes, vómitos, restricción de la alimentación (más proteínas y menos HCO). Cuando el IMC <13,9Kg/m ² es necesario ingreso hospitalario por el gran riesgo que corren de morir. La reintroducción en la comida debe ser cuidadosa, en los 7-10 primeros días puede haber síndrome de realimentación, inicialmente interesa reintroducir alimentos, hábitos nutricionales y tolerancia del paciente más que a la ganancia de peso. Debe haber un control adecuado de líquidos y electrolitos, puede ocasionar mayor pérdida de peso. La ganancia de peso comienza en las 2-3 semanas de tratamiento nutricional y requiere de unas 2500-3000Kcal. La recuperación del peso implica al paciente a renunciar a su mecanismo de supervivencia, la recuperación permite que se puedan aprender nuevas habilidades para evitar

				comportamientos autodestructivos y desarrollar formas de auto-mejora, por eso, la recuperación del peso y la psicoterapia deben utilizarse al mismo tiempo. Los suplementos no son aptos para estos pacientes ya que les incita a rechazar de nuevo la alimentación. La alimentación enteral se considerará como último recurso y siempre que se pueda incluyendo también alimentación oral.
Effect of eating rate on binge size in Bulimia Nervosa	Harry R Kissileff, Ellen J Zimmerli, Migdalia I Torres, Michael J Devlin, and B Timothy Walsh	2008	Physiol. Behav.	La bulimia está caracterizada por recurrentes atracones de comida en periodos de tiempo muy pequeños. Algunos estudios afirman que cuanto más rápido es el acto de comer más cantidad de alimentos consumen y comparándolo con pacientes que no padecen bulimia nerviosa se observa que aquellos con BN consumen casi el doble de alimentos en el mismo tiempo que los que no tenían BN. En el laboratorio cuando se indicaba que comieran las personas con BN ingerían grandes cantidades tanto en poco tiempo como en mucho. Cuanto más rápido comen los pacientes con BN más cantidad pueden ingerir siempre antes del desarrollo de las señales inhibitorias fisiológicas (CCK produce saciedad, en la BN está disminuida) que contribuyen a la finalización de la comida y por lo tanto determinar su tamaño (cantidad y tiempo). Se come más rápido y mayor cantidad para tener la capacidad de producirse el vómito al finalizar la comida. Por lo que concluye que la recomendación de comer más despacio no ayuda a estos pacientes ya que comen cantidades muy grandes igualmente.
Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A "New Disorder" in DSM-5.	Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Callahan ST, Malizio J, Kearney S ⁵ , Walsh BT ⁹	2014	J. Adolesc. Health	El grupo de trabajo del DSM-V ha revisado el DSM-IV con el fin de clasificar nuevos trastornos que no coinciden con los criterios diagnósticos de los grupos ya establecidos, trastornos no especificados. Se ha combinado la sección de trastornos de la conducta alimentaria de adultos y la de niños en una sola sección llamada trastornos de la alimentación y la ingestión incluyendo un nuevo trastorno, trastorno de evitación/restricción de la alimentación y la ingesta. La prevalencia de este nuevo trastorno es cada vez mayor, y el número de pacientes de sexo masculino es mayor que en otros trastornos de la alimentación. Este trastorno incluye pacientes con hábitos de selección de los alimentos desde la niñez, con ansiedad general sobre la comida, con síntomas gastrointestinales, con miedo de vomitar o asfixia y alergias.
Aspectos clínicos	JuanA.	2001	Rev.	Los trastornos por atracón se determinaron por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo en pacientes obesos. Describió episodios de grandes ingestas de

del trastorno por atracón o «binge eating disorder».	Guisado, Francisco J. Vaz.		Asoc, Esp. Neuropsi q.	comida seguidas de sentimientos de culpa pero sin conductas compensatorias. El trastorno por atracón aparecen en el 30% de los pacientes que están en programas para perder peso y en un 2-5% en la población general. Los alimentos que más se consumen son dulces, alimentos grasos o comida rápida. Estos pacientes suelen tener cuadros de depresión como factores de riesgo ambientales, incluye también tener un familiar cercano con trastorno por uso de sustancias, además de factores genéticos (entre ellos la obesidad). Existe una asociación con la preocupación de la imagen corporal e insatisfacción con el cuerpo con los episodios de atracones. Los pacientes con trastorno por atracón tienden a perder más peso que los pacientes obesos aunque suelen abandonar el tratamiento, este tratamiento puede ser con fluoxetina, desipramina e imipramina.
Binge eating and weight loss in a self-help behavior modification program	Delinsky SS, Latner JD, Wilson GT	2006	Obes. Res.	Los pacientes con atracones recurrentes suelen ser obesos y cuanto mayor número de atracones padece más cantidad de adiposidad presenta, siendo el número de atracones medio para la mayoría de dos atracones por semana. La pérdida de peso no siempre es significativa ya que unida a la depresión vuelve a provocar atracones recurrentes; una mayor pérdida de peso está en relación con un IMC inicial mayor. Si continúan con pérdida de peso y mantenimiento del mismo a largo plazo quiere decir que ha tenido adherencia a la dieta, al ejercicio y una autoestima más alta. Los sujetos que indicaron tener más de 8 episodios de atracón en un mes se relacionaron con los que tenían mayor preocupación sobre el peso y el cuerpo y mayor depresión. La investigación muestra que los atracones disminuyen en obesos al someterse a un tratamiento conductual aunque también es posible que los participantes continuaran con episodios de atracones pero compensándolo con la restricción dietética o la actividad física. El peso e IMC inicial sirvieron para predecir la pérdida de peso a largo plazo. El estudio duró 12 meses, a partir de este periodo no se siguió observando la actitud de estos sujetos por lo que no se sabe si a largo plazo realmente se logró la pérdida de peso con mantenimiento del mismo.
Trastornos por atracón y obesidad	C. Saldaña García	2002	Nutr. Hosp	A lo largo de la historia los atracones, éstos han sido recurrentes en diversos trastornos como bulimia nerviosa (tanto completa como parcial), pero hace unos años se determinó como trastorno propio. El trastorno por atracón es un conjunto de alteraciones de la conducta alimentaria que se caracterizan por la ingesta de grandes cantidades de comida durante pequeños periodos de tiempo y con evolución prolongada en el tiempo. Estos pacientes tienen niveles moderados de psicopatología asociada y son bastante

				resistentes al tratamiento, suelen recaer con frecuencia. El trastorno por atracón es de reciente identificación y, por tanto, el que todavía requiere mayor investigación. De la población obesa entre un 20% y 30% de los pacientes tienen trastorno por atracón pero aún se desconoce la naturaleza de la relación entre ambos. Por el momento, la combinación de la terapia cognitivo-conductual con estrategias conductuales para perder peso es el procedimiento más eficaz para disminuir los atracones como para facilitar la pérdida de peso a corto plazo; la adición de medicación antidepresiva o supresores de apetito parece incrementar de forma modesta la pérdida de peso, que no se puede nunca determinar a largo plazo, ya que al recaer de nuevo vuelven a recuperar peso.
Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria.	Rosa Behar A.	2008	Rev Méd Chile	Los trastornos no especificados o también llamados a lo largo del tiempo síndromes parciales, subclínicos, subumbrales o atípicos de los trastornos alimentarios. Este grupo incluye patologías alimentarias muy comunes, representando los tres cuartos de todos los casos comunitarios de desórdenes alimentarios. Las conductas que se engloban en este grupo pueden ser: métodos de regulación ponderal, tales como ejercicios drásticos, dieta crónica, abuso de anorexígenos, laxantes, enemas o diuréticos, masticación y emisión del alimento sin ingerirlo y comilonas con menos frecuencia que en el trastorno por atracones, es decir, que comprende un grupo clínicamente heterogéneo de diagnósticos. Las adolescentes con diabetes mellitus insulino-dependientes, en las cuales la ganancia ponderal, la restricción de la dieta y la preocupación por los alimentos, pueden predisponer a desarrollar una patología alimentaria con complicaciones microvasculares. Parte de los cuadros clasificados como trastornos atípicos son, en realidad, una anorexia o una bulimia que se detectan en fases iniciales, lo positivo de este aspecto es que el trastorno se detecta a tiempo y tienen un mejor pronóstico, se suelen recuperar con normalidad y recuperar peso. El tratamiento para abordar el problema debe estar encaminado a las correcciones somáticas, con abordajes psicoeducativos sobre la ingesta, ejercicios, valoración del cuerpo, naturaleza de la enfermedad y psicofármacos; cognitivo-conductuales. Con una detección precoz de los síntomas se evita un mal pronóstico además de un trastorno alimentario "completo".
The natural	Fairburn CG,		Arch	La bulimia nerviosa consiste en atracones recurrentes con posteriores conductas de compensación (vómitos, laxantes) y el trastorno por atracón se parece en que cursa con atracones pero sin acciones de compensación. No existen diferencias en cuanto al

course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women	Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M.	2000	Gen Psych	<p>número de atracones aunque desde el punto de vista de la psicopatología los pacientes con bulimia tienen un mayor trastorno que los que padecen trastorno por atracón. Al aumentar la recurrencia a los atracones disminuyen los niveles de preocupación por el peso y la figura corporal. A lo largo de los 5 años de investigación los enfermos de bulimia apenas remitieron la enfermedad, en cambio los pacientes con trastorno por atracón se recuperaron completamente incluso sin tratamiento administrado. Los sujetos con bulimia y obesidad continuaron con la obesidad o ganancia de peso durante más tiempo.</p>
---	---	------	--------------	---

BIBLIOGRAFÍA

1. DMS-V.
2. CG Fairburn, PJ Harrison. **Eating disorders**, Lancet. 2003 Feb 1; 361(9355):407-16.
3. M.A. Peláez Fernández, F.J. Labrador Encinas, R.M. Raich Escursell. **Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión**. C. Med. Psicosom, Nº 71 / 72 – 2004
4. Teresa Rivas, Rosa Bersabé, Serafina Castro. **Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España)**; Salud Mental, 2001.
5. Guerra-Prado, D.; Barjau Romero, J. M. Y Chinchilla Moreno, A. **Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura**. Actas Esp Psiquiatr 2001; 29:403-410.
6. María Angeles Peláez Fernández, Rosa María Raich Escursell y Francisco Javier Labrador Encinas. **Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos**. Rev. Mex. de trastor. Aliment. 2010 vol.1 no.1.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2000. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, p. 785-786.
8. Juan A. Guisado, Francisco J. Vaz. **Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder"**. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. n.77 Madrid ene.-mar. 2001.
9. Hudson JI, Hiripi E, el Papa HG Jr, Kessler RC. **La prevalencia y los correlatos de los trastornos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de replicación de comer**. Biol. Psychiatry. 2007 01 de febrero; 61 (3): 348-58.
10. Preti A, Girolamo Di-s, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P. **La epidemiología de los trastornos alimentarios en seis países europeos: resultados del proyecto ESEMeD-WMH**. J Psychiatr Res. 2009 Sep; 43 (14):1125-32.
11. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. **Las diferencias de género en los pacientes con trastorno por atracón**. Int J Coma Disord. 2002 Jan; 31 (1):63-70.

12. Darby A, Hay P, Mond J, Rodgers B, Owen C. **Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status.** *Int J Obes (Lond)* 2007; 31: 876–882.
13. Zwaan, M. **Binge eating disorder and obesity.** *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders.* May 2001 Supplement, Vol. 25, pS51, 1p.
14. Harry R Kissileff, Ellen J Zimmerli, Migdalia I Torres, Michael J Devlin, and B Timothy Walsh. **Effect of eating rate on binge size in Bulimia Nervosa.** *Physiol Behav.* Feb 27, 2008; 93(3): 481–485.