

J. Plumed Domingo y L. Rojo Moreno

## ■ INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una de las entidades patológicas más frecuentes. Los datos epidemiológicos indican unas prevalencias de entre el 1 y el 10 %. Se ha señalado que el TCA se encuentra entre las 10 causas más frecuentes de incapacidad entre mujeres<sup>1</sup> y que posee el índice de mortalidad más alto de todos los trastornos mentales.<sup>2</sup>

Durante los últimos años, se ha realizado un gran esfuerzo de investigación en esta área, dado el interés por diseñar intervenciones, establecer programas útiles de prevención del trastorno y llevar a cabo una política eficaz de información pública, para lo que es esencial desarrollar los conocimientos en este campo. Asimismo, la nosología de los TCA está lastrada por la falta de conocimientos causales sobre el trastorno y centrada en el síntoma, lo que hace que las clasificaciones actuales presenten problemas como la dificultad para distinguir entre subgrupos, la falta de estabilidad diagnóstica –con frecuentes cambios de diagnóstico entre subtipos de trastorno alimentario– y la elevada frecuencia de casos mixtos que han de ser clasificados como «trastorno alimentario no especificado».<sup>3</sup>

El estudio de los factores de riesgo en los TCA es especialmente problemático, ya que los estudios de población y los estudios longitudinales solamente identifican un número limitado de casos. Dado que los trastornos alimentarios son cuadros clínicos complejos y, probablemente, de etiologías distintas, el análisis de estos factores se revela como un desafío para la investigación.<sup>4</sup>

## ■ FACTORES HEREDITARIOS

### ■ Estudios familiares

Se ha establecido que los familiares de primer grado de pacientes con anorexia nerviosa tienen aproximadamente un riesgo vital 10 veces mayor de sufrir anorexia nerviosa que los parientes de pacientes no afectados.<sup>5</sup> Además, se ha comprobado que la frecuencia de bulimia nerviosa es mayor en los familiares de pacientes anoréxicos que en otros grupos de comparación, lo que sugiere que hay una coagregación de los dos fenotipos de trastorno alimentario en familias.<sup>6</sup> En un estudio de casos y controles, con una muestra de 152 pacientes con anorexia nerviosa pura, 171 con

bulimia nerviosa y 181 sin antecedentes psiquiátricos, resultó que el riesgo relativo de los familiares de pacientes con anorexia nerviosa de sufrir anorexia, corregido para la edad, fue 11,4 veces mayor que en los controles. Respecto a la bulimia nerviosa, los familiares tenían un riesgo de sufrir bulimia 3,7 veces mayor que en los controles. Cuadros alimentarios más leves de anorexia y bulimia nerviosas también presentaban una tendencia a la agregación familiar, aunque de menor magnitud. El estudio mostraba, además, que tanto la anorexia como la bulimia nerviosas parecían compartir factores etiológicos, dado el mayor índice de prevalencias cruzadas entre familiares.<sup>5</sup> En general, la literatura médica centrada en este campo sugiere la presencia de una carga genética familiar en los trastornos alimentarios.

### ■ Estudios gemelares

Dados los escasos estudios de adopción en patología alimentaria, los estudios gemelares han sido la metodología más común para buscar la heredabilidad de los trastornos alimentarios. Han partido de la suposición de la igualdad de ambientes, es decir, que los gemelos monocigóticos no son tratados de forma más similar con relación al factor relevante para el estudio. Hasta ahora, la literatura médica no ha mostrado datos en contra de esta suposición inicial.<sup>7</sup>



Se han publicado diversos estudios que encuentran una alta heredabilidad en el trastorno. Bulik *et al.* identificaron todos los casos diagnosticados de acuerdo con los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* de anorexia nerviosa en una muestra sueca de 31.406 gemelos. Los resultados del trabajo mostraban una heredabilidad del trastorno del 56 %, con una contribución del 5 % del ambiente compartido y un 38 % de la varianza atribuida a un ambiente único.<sup>8</sup>

### ■ Estudios de adopción

El primer estudio de adopción en trastorno alimentario fue desarrollado por Klump *et al.*<sup>9</sup> La muestra incluía 123 adoptados y 56 gemelos mujeres no adoptadas. El estudio demuestra que existen unas influencias genéticas importantes (de entre el 59 y el 82 %) en todos los tipos de trastorno alimentario, tasas coincidentes con las indicadas

en los estudios gemelares. Dado que los estudios de adopción suelen ofrecer unos resultados más bajos que los estudios de gemelos, el resultado del estudio apoya enérgicamente la heredabilidad del trastorno.

### ■ Estudios de genética molecular

Hasta ahora, los estudios de genética molecular sobre trastornos alimentarios se caracterizan por su escaso número y por la ausencia de resultados significativos, lo que muestra la falta de madurez de esta línea de investigación.<sup>10</sup> Se han utilizado dos tipos de metodología en estos estudios: los análisis de ligandos y los estudios de asociación. El análisis de ligandos para un rasgo complejo persigue aislar regiones genómicas que intervienen como factor protector o de riesgo para dicho rasgo. No exige ninguna suposición previa sobre la naturaleza y localización de los genes y se utiliza para estrechar la búsqueda de genes útiles para el objeto de estudio. Es una metodología muy útil para detectar enfermedades condicionadas por un solo gen, pero menos útil para detectar trastornos complejos como los alimentarios, que se supone que tienen una vulnerabilidad genética consecuencia de muchas variantes de bajo riesgo. Sin embargo, se considera que, con una muestra suficientemente amplia que cubriese estas variantes, el análisis de ligandos daría resultados fructíferos.<sup>11</sup>

En un estudio de ligandos, en que se analizaba una muestra de pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa, los resultados relacionaron el cuadro con un área del cromosoma 1.<sup>12</sup> Otro estudio incluyó en el análisis de ligandos otros rasgos conductuales –la búsqueda de la delgadez y la obsesividad– aislando regiones en los cromosomas 1, 2 y 13.<sup>13</sup> El cromosoma 1 es de interés porque presenta dos genes que se han relacionado teóricamente con la fisiopatología del trastorno alimentario: el receptor HT1D de la serotonina y el receptor opioide D1. Sin embargo, la relevancia empírica de estos hallazgos es dudosa en el momento actual.

Los estudios de asociación se han realizado, en su mayoría, con muestras pequeñas y escasa potencia, con resultados variables y pocas veces replicados, con lo que se hacen necesarios estudios con muestras más amplias.<sup>8</sup>

Se ha intentado definir un endofenotipo de trastorno alimentario; es decir, aislar los síntomas del cuadro clínico determinados socialmente de aquellos nucleares y, por lo tanto, con más carga hereditaria. Así, se ha visto que el vómito autoinducido<sup>14</sup> y los atracones tienen más carga genética que otros síntomas del trastorno más ligados al ambiente.<sup>15</sup> Bulik *et al.*, recientemente, revisaban la base genética de los síntomas más relevantes de los trastornos alimentarios y encontraban una carga heredable moderada-alta en los factores indicados y en el bajo peso, la baja ingesta, la actividad física excesiva y la ansiedad por la delgadez. Señalaban la posible utilidad como marcadores sintomáticos de factores cognitivos (capacidad para cambiar de tarea, obsesividad) y caracteriales (búsqueda de emociones en la bulimia nerviosa, obsesividad y perfeccionismo), que, hasta ahora, no se han considerado rasgos clínicos fundamentales del cuadro.<sup>16</sup>

### ■ El peso de la epigenética

Se entiende por *epigenética* el estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación del desarrollo de un sujeto. Se ha planteado la hipótesis de que la adaptabilidad en los sistemas encargados del control de la homeostasis de la energía podrían ser diferentes en las personas que presentan un trastorno alimentario. Esta vulnerabilidad podría desarrollarse por mecanismos epigenéticos ante factores como la exposición temprana a una nutrición inadecuada, un ambiente obesogénico o a factores estresantes. Incluso los factores de flexibilidad cognitiva y capacidad de aprendizaje de conductas adaptativas que no muestran los pacientes con trastornos alimentarios podrían estar condicionados por este mecanismo.<sup>17</sup> Esta línea de investigación se encuentra sólo en sus inicios.

### ■ FACTORES SOCIOCULTURALES

Se ha subrayado la importancia de los modelos occidentales de belleza y el culto al cuerpo de la sociedad contemporánea como un factor importante en el riesgo actual de desarrollar una anorexia nerviosa. En su revisión sobre el tema, Striegel-Moore y Bulik indican que este modelo se apoya en cuatro factores: la abrumadora prevalencia de los TCA en mujeres; el aumento de la incidencia de la enfermedad en relación con la mayor presencia social de un modelo ideal de cuerpo femenino delgado; la diferencia en las prevalencias entre culturas, con una incidencia mayor en aquellas zonas que valoran la delgadez; y los estudios prospectivos que muestran una internalización del ideal de delgadez y el trastorno alimentario.<sup>3</sup>

### ■ Prevalencia por sexos

La anorexia nerviosa se da fundamentalmente en mujeres. En nuestro medio, en un estudio de prevalencia en población escolar de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, la tasa de morbilidad utilizando criterios del *DSM-IV* y considerando las formas subclínicas fue del 5,56 %, donde el 10,3 % de la muestra correspondía a mujeres y el 1,07 % a hombres.<sup>18</sup> Estas diferencias entre sexos constituyen un denominador común en la literatura médica. La causa más frecuentemente argumentada es el patrón cultural, que hace que la mujer internalice con más intensidad que el hombre los modelos estéticos y la diferencia en los modelos de belleza. Los hombres aspirarían a un cuerpo más musculoso y de mayor volumen que las mujeres, con lo que la presión social les orienta a un comportamiento diferente donde la delgadez extrema es desdeñada.<sup>19</sup>

Otro factor que justifica este dato sería que la imagen corporal desempeña un papel fundamental en el desarrollo del autoconcepto en las mujeres, mientras que su influencia es mucho menor en los hombres.<sup>20</sup> Así, en la adolescencia, los cambios corporales en la mujer son vividos, en muchos casos, como un deterioro del aspecto en relación con el modelo de delgadez, lo que ocurre en los hombres en mucha menor medida.

Se ha postulado que los varones homosexuales podrían tener una prevalencia mayor de trastorno alimentario que los heterosexuales. En un estudio con adolescentes, se encontró que aquellos que se describían como gais o bisexuales referían mayores esfuerzos para parecerse a los modelos de las revistas. Aunque no había entre homosexuales y heterosexuales diferencias en el modelo de dieta, los homosexuales tendían a sufrir más atracones que los heterosexuales.<sup>21</sup> La falta de estudios fiables en este campo lleva a constatar que no se puede, en el momento actual, afirmar que la homosexualidad sea un factor de riesgo en el trastorno alimentario.

### ■ Factores socioeconómicos

Hasta ahora, se ha relacionado un estatus socioeconómico alto y medio alto con un riesgo mayor de sufrir una anorexia nerviosa. McClelland y Crisp hicieron un trabajo retrospectivo con pacientes de una unidad de referencia de trastorno alimentario y encontraron que la clase social de las pacientes estaba claramente sesgada hacia los niveles socioeconómicos más altos.<sup>22</sup> De la misma forma, Lindberg y Hern observaron que la anorexia nerviosa es más habitual en sujetos de nivel socioeconómico mayor.<sup>23</sup>

La explicación más común es el interés y esfuerzo mayor de las clases superiores por responder al ideal social de delgadez. Al ser mayor la internalización de este ideal en este grupo, es comprensible que el riesgo sea mayor que en otros estratos sociales. Este modelo, útil para la anorexia nerviosa, no se corresponde con la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. En los trabajos que reúnen tanto sujetos anoréxicos como bulímicos, este predominio de las clases sociales altas se pierde,<sup>24</sup> lo que hace lógico pensar que la bulimia nerviosa no se distribuye de la misma forma.

### ■ Internalización del ideal de delgadez

Se ha descrito un modelo que relaciona la idealización de la delgadez que prevalece socialmente y la aparición de patología alimentaria. Consistiría en que la exposición social al ideal de delgadez comporta la internalización del modelo. La discrepancia entre el modelo físico real del sujeto y este ideal internalizado conduce a la insatisfacción corporal, la restricción alimentaria y la dieta. En algunos individuos, la restricción alimentaria permanente lleva a comer descontroladamente, lo que agrava la insatisfacción y las conductas restrictivas.<sup>25</sup>

Los medios de comunicación se han revelado hasta ahora como los transmisores del patrón ideal de belleza y se ha relacionado el grado de exposición a los medios con la insatisfacción corporal y la práctica de dieta. En una muestra española de 1.165 estudiantes de secundaria, se encontró que los adolescentes de ambos sexos con TCA experimentaban una mayor exposición a programas de televisión y revistas referidas a la imagen corporal, siendo la internalización del ideal alimentario más intensa en mujeres que en hombres.<sup>26</sup> Un trabajo clave sobre la influencia de la televisión en los TCA se llevó a cabo con la introducción de

la televisión en las islas Fiyi. El estudio mostró que algunos indicadores de trastorno alimentario fueron más prevalentes tras la exposición de la población a la televisión, lo que sugería un interés de los sujetos en perder peso para, así, parecerse a los protagonistas que veían en este medio.<sup>27</sup>

Se han realizado varios estudios longitudinales para comprobar la relación entre la internalización del ideal de delgadez y el trastorno alimentario. En la revisión de Striegel-Moore y Bulik,<sup>3</sup> se indica que no existe ningún estudio hasta el momento con un seguimiento de pacientes que hayan sufrido la internalización del ideal de delgadez y que desarrollen con el tiempo cuadros completos de anorexia o de bulimia nerviosas. Uno de los problemas más importantes a la hora de estudiar los factores de riesgo de los trastornos alimentarios es su baja incidencia y prevalencia. Este inconveniente se ha intentado resolver utilizando como casos clínicos a pacientes que presentan formas parciales de los trastornos alimentarios. Este modelo se ha visto apoyado por estudios que sostienen que existe una continuidad entre las formas parciales y completas de los trastornos alimentarios, ya que presentan importantes similitudes clínicas y etiológicas.<sup>28</sup> Para mejorar este problema, se ha intentado relacionar la internalización del ideal con formas parciales de trastornos alimentarios o síntomas aislados. Lo que sí ha mostrado la literatura es que la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, el sobrepeso y la dieta predicen la aparición del trastorno alimentario y que el efecto de estos factores es significativo.<sup>4,29</sup>

### ■ Estudio transcultural del trastorno alimentario

Actualmente, se han detectado casos de trastorno alimentario en todos los países del mundo, en contra de la visión de hace décadas que planteaba que la anorexia nerviosa era un problema del mundo occidental.<sup>30</sup> Sin embargo, es conocido que afecta a personas de diferentes culturas con una incidencia distinta, así como que existe una distinta expresión clínica de la enfermedad en función de este factor.

En un trabajo reciente, se estudió la prevalencia de trastorno alimentario en un sociedad en transición socioeconómica hacia un modelo occidental: la isla de Curazao, perteneciente a las Antillas neerlandesas. Se comprobó que la incidencia de anorexia nerviosa era inferior que en los países occidentales (1,82 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que, en los Países Bajos, es de 8,1 casos por cada 100.000 habitantes). Analizando por segmentos de población, la tasa de anorexia en la población blanca o mulata de entre 15 y 18 años era similar a la de los países occidentales, mientras que, en la población negra, era inexistente.<sup>31</sup>

Otro factor cultural importante es la patoplastia de la enfermedad en diferentes sociedades. Se ha comprobado que síntomas considerados fundamentales, como la egodistonia del control alimentario en la anorexia nerviosa, pueden ser un fenómeno reciente ligado a la cultura occidental y a los valores de delgadez y belleza. Es este sentido, se ha planteado que la restricción alimentaria vivida como ego-sintónica y no ligada al miedo a la gordura podría ser un aspecto nuclear del cuadro, en la medida en que aparece de

forma constante en muy diversas culturas.<sup>32</sup> En un estudio con 48 pacientes chinos diagnosticados de anorexia nerviosa, se comprobó que 16 de ellos no presentaban miedo a la ganancia de peso y empleaban razonamientos para el rechazo alimentario muy diversos y ligados a sus respectivos marcos culturales, mucho más diversos que los descritos en el *DSM-IV*.<sup>33</sup> Otro trabajo sobre población escolar en Ghana estudió 668 estudiantes mujeres de la escuela secundaria para determinar la existencia de posibles casos de anorexia nerviosa. Se encontraron 10 estudiantes con un peso anormalmente bajo para su edad. Las pacientes no referían temor a engordar ni la búsqueda de un ideal de delgadez, sino que presentaban un importante deseo de autocontrol que vehiculaban a través de la restricción alimentaria.<sup>34</sup>

### ■ Factores familiares

Desde el comienzo de los estudios sobre anorexia nerviosa, se contempló la posibilidad de que determinadas dinámicas familiares pudieran estar iniciando y manteniendo el cuadro clínico de la anorexia nerviosa. Minuchin definió, a partir de casos clínicos y estudios de interacción familiar, que las familias de las pacientes estaban sobreimplicadas emocionalmente con sus hijas, que eran intrusivas, hostiles y negadoras de la realidad emocional de las pacientes.<sup>35</sup> Estos modelos han sido intensamente criticados por su carácter especulativo. Sin embargo, la estructura familiar y el tipo de relación entre pacientes con trastorno alimentario y sus familias se ha seguido estudiando desde distintas perspectivas. Una de ellas es el análisis del apego. En un trabajo, se ha encontrado que el apego ansioso es más frecuente en estas familias, aunque uno de los problemas metodológicos es el diseño transversal basado en la experiencia actual de los pacientes, con lo que no es posible aclarar si este apego enfermizo es consecuencia u origen del cuadro.<sup>36</sup> Meesters *et al.*, en una muestra de 440 estudiantes de secundaria (181 chicos y 224 chicas), encontraron que unos niveles altos de preocupación por parte de la familia para que los adolescentes cambiaran su aspecto corporal, actitudes negativas de crianza por parte de los padres y un apego inseguro llevaban a un mayor índice de conductas alimentarias patológicas.<sup>37</sup>

Rasgos familiares patológicos como el control excesivo y las actitudes críticas se han relacionado con la aparición de los trastornos alimentarios. Sin embargo, la literatura médica publicada sobre el tema presenta problemas metodológicos, como la falta de grupos de control y de criterios operativizados. Un trabajo que intentó resolver estas dificultades fue el realizado por Kog y Vandereycken, que estudiaron 30 familias de pacientes con trastornos alimentarios frente a 30 controles. Se analizaron los conceptos de cohesión, conflicto y adaptabilidad mediante instrumentos adecuados. Las conclusiones del estudio fueron que las familias con trastorno alimentario discutían menos los desacuerdos entre padres e hijos y mostraban una rigidez mayor, aunque las diferencias no eran muy significativas. Las pacientes anoréxicas mostraban más control y menos des-

acuerdo que las bulímicas, que percibían significativamente más desorganización. Sin embargo, los resultados estaban lastrados por una muestra muy pequeña.<sup>38</sup>

Se ha considerado que las madres de las pacientes con TCA podrían ejercer una gran influencia en la enfermedad de sus hijas. Algunos estudios han encontrado que las madres de las pacientes con trastornos alimentarios están más insatisfechas con el funcionamiento general del sistema familiar y que ellas mismas sufren más trastornos alimentarios que las madres de pacientes que no presentan trastornos alimentarios.<sup>39</sup> Uno de los trabajos mostraba que los comentarios críticos de las madres –un factor del concepto clásico de expresividad emocional– constituían un factor pronóstico del trastorno alimentario de las hijas.<sup>40</sup> De la misma forma, se considera que una relación positiva sería un factor protector de los trastornos alimentarios y, en algunos estudios, se ha constatado que se correlaciona con patrones más sanos de alimentación en las hijas.<sup>41</sup>

El papel de los padres en la génesis del trastorno también ha sido objeto de estudio. Un trabajo encontró que, en adolescentes y preadolescentes, los patrones de alimentación más sanos se correlacionaban con relaciones satisfactorias ente padre e hija.<sup>42</sup> Sin embargo, en otro trabajo, no se consiguió establecer esta relación.<sup>43</sup> Se observó que la sobreprotección paterna era un factor de riesgo en la aparición de conductas bulímicas,<sup>44</sup> mientras que Jones *et al.* señalaron que la protección parental prevenía frente al impulso a la delgadez a través de la resistencia al daño. Por otra parte, el rechazo paterno produce sentimientos de vergüenza y abandono que inducen tanto al impulso a la delgadez como a la insatisfacción corporal.<sup>45</sup> En general, la literatura médica coincide en señalar que el rechazo paterno y materno son un factor que se correlaciona positivamente con el TCA<sup>46</sup> y que los conflictos familiares y la alta exigencia por parte de los padres son correlatos familiares específicos para la anorexia nerviosa, en relación con otros trastornos mentales.<sup>47</sup>

### ■ Factores biográficos

Se ha estudiado la influencia de distintas formas de abuso en la aparición de los TCA. Algunos trabajos han intentado distinguir entre diferentes formas de abuso: sexual, físico, emocional y abandono. Rorty *et al.* señalaban que las bulímicas referían tasas más altas de abuso físico, emocional y combinado que los controles.<sup>48</sup> En un trabajo sobre mujeres sin trastorno alimentario, pero que habían desarrollado conductas alimentarias anómalas tras haber sufrido una experiencia de abuso, se concluía que la única modalidad de maltrato que precedía un trastorno alimentario era el abuso emocional.<sup>49</sup>

Otros autores consideran que el abuso sólo es un factor de riesgo para el TCA en sujetos predispuestos. Recientemente, en este sentido, se ha publicado un trabajo que muestra un efecto sumatorio entre la existencia de síntomas neonatales de inmadurez por problemas en el parto y el abuso infantil como riesgo para desarrollar una anorexia nerviosa. Los autores lo justifican aduciendo que la inma-

dures neonatal produce una alteración permanente de los sistemas de control del estrés, a través del daño en la amígdala y en el eje hipotálamo-hipofisario. Estos sujetos reaccionan de forma más intensa ante el estrés con respuestas evitativas, una de las cuales podría ser el trastorno alimentario.<sup>50</sup> De hecho, hay literatura médica que apoya la afirmación de que el estrés es un factor precipitante del trastorno alimentario, aunque está mediado en buena parte por la comorbilidad psiquiátrica.<sup>51</sup>

Otro factor que se ha considerado en los últimos años como posible desencadenante son las burlas sobre el peso, que en publicaciones recientes se han señalado como posible factor causal tanto de conductas alimentarias anómalas como de insatisfacción corporal.<sup>52</sup> En un estudio prospectivo con una amplia muestra –el Growing Up Today–, se encontró que una combinación de factores sociales (grado de internalización del ideal social de delgadez, burlas sobre el peso, dietas) era predictiva, en un año de seguimiento, de conductas purgativas, y de atracones a los dos años.<sup>53</sup> Sin embargo, en los trabajos que han estudiado de forma más específica el tema, no se han obtenido resultados positivos. Así, Stice *et al.* no encontraban relación entre las burlas por el peso, la insatisfacción corporal y el TCA.<sup>54</sup> Otros autores han estudiado el peso específico que las burlas pudieran tener sobre conductas alimentarias patológicas, estableciendo una diferencia en el impacto sobre varones y mujeres. De esta forma, Haines *et al.*, en el estudio EAT-II, analizaron una población de 1.386 adolescentes mujeres y 1.130 varones cinco años después de la primera evaluación. Encontraron que las burlas sobre el peso eran un factor de riesgo significativo para sufrir atracones en varones, mientras que el riesgo era significativamente menor para mujeres. Sin embargo, postulaban que la asociación podía venir intermediada por los síntomas depresivos o la dieta inducidos por las burlas. Por su parte, estas burlas, en mujeres, precedían a las conductas restrictivas (dieta), lo que no ocurría en varones.<sup>55</sup> En general, la literatura científica sobre el tema ha encontrado resultados nulos o espurios en relación con esta variable.

Otro factor que cabría considerar sobre las burlas sería la distinción de aquellas provenientes de la familia frente a las que vienen de los compañeros. Phares *et al.* encontraban que las burlas de los padres producían mayor inseguridad corporal, tendencias bulímicas, presión por la delgadez, síntomas depresivos y baja autoestima en hombres.<sup>56</sup>

### ■ Factores de personalidad

Desde hace décadas, se ha venido especulando con que determinadas estructuras de carácter o rasgos de personalidad podrían estar relacionados con la patología alimentaria.

Uno de los rasgos psicológicos más frecuentemente señalados como indicador de vulnerabilidad para un trastorno alimentario es la baja autoestima. Fairburn *et al.* encontraban, en un estudio de casos y controles que incluía 67 pacientes con anorexia nerviosa, 204 controles, 102 pacientes con otros trastornos y 102 pacientes con bulimia nerviosa, que la autoevaluación negativa y el perfeccionismo

eran especialmente comunes en los trastornos alimentarios.<sup>57</sup> Ghaderi, tomando una muestra de 867 mujeres de la población general, dibujaban un modelo de vulnerabilidad en el que el factor más importante era la preocupación por el cuerpo, seguido de la baja autoestima.<sup>58</sup> Sin embargo, en un estudio prospectivo hecho con 378 adolescentes suecas con un seguimiento de tres años, resultaba que la autoestima tenía un valor predictivo muy escaso sobre las actitudes alimentarias anómalas y que el efecto de dicha autoestima parecía estar mediado por la capacidad de afrontamiento.<sup>59</sup>



Se ha señalado el perfeccionismo como un factor de riesgo para el trastorno alimentario, entendido en sus múltiples aspectos: hacia uno mismo, hacia los otros y el definido socialmente. Estudios efectuados en amplias muestras comunitarias han mostrado que los sujetos con trastorno alimentario dudan de la calidad de sus resultados y reaccionan negativamente hacia sus errores, que interpretan como fracasos.<sup>60</sup> Uno de los trabajos encuentra que el perfeccionismo predice prospectivamente el comienzo de síntomas de anorexia nerviosa<sup>61</sup> y que es un correlato de la clínica de la anorexia nerviosa,<sup>62</sup> la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones<sup>67</sup> tanto en enfermas agudas como en las recuperadas. En un estudio de casos y controles en el que se comparaban 50 mujeres con anorexia nerviosa, 50 con otros trastornos psiquiátricos y 50 mujeres sanas, los dos factores de riesgo psicológicos que se correlacionaban con la anorexia nerviosa de forma más específica eran el afecto negativo y el perfeccionismo.<sup>63</sup>

Los rasgos obsesivo-compulsivos se han considerado desde hace años como uno de los más característicos de los pacientes con trastornos alimentarios. Cassins y Von Ranson, en su revisión sobre el tema, recuerdan que tanto la bulimia nerviosa como la anorexia sufren de forma equivalente estos rasgos y que persisten tras la mejoría del cuadro.<sup>64</sup> En uno de los trabajos publicados, se señala que los rasgos obsesivo-compulsivos en la infancia predicen la aparición de trastornos alimentarios, incrementándose el riesgo de sufrirlos hasta siete veces con cada nuevo rasgo. Sin embargo, el carácter retrospectivo del estudio dificulta la valoración de este factor.<sup>65</sup>

### 📖 RESUMEN

- La literatura médica coincide en afirmar que existe un riesgo genético para sufrir un trastorno alimentario, resultado obtenido desde varias aproximaciones metodológicas. No hay un área cromosómica o factor orgánico definidos y se buscan síntomas fundamentales del cuadro en que la carga genética pueda evidenciarse. Hasta ahora, los estudios que han producido un resultado más contundente sobre la influencia de los factores genéticos en la expresión fenotípica de los trastornos alimentarios son los estudios gemelares, que han puesto de manifiesto que la heredabilidad de los trastornos alimentarios

es alta. Parece ser que se trataría de una herencia aditiva, determinada por la expresión de múltiples genes que sumarían sus efectos individuales hasta facilitar la expresión del trastorno cuando interaccionasen en un entorno favorable para éste.<sup>12</sup>

- Los factores de riesgo sociales para la anorexia nerviosa que tienen más peso son: sexo femenino, estatus socioeconómico alto e internalización del ideal de delgadez. En la bulimia nerviosa, el estatus socioeconómico no está igualmente definido como factor de riesgo.
- Hay suficiente evidencia como para asegurar que el modelo occidental de belleza asociado a un cuerpo delgado ha tenido un peso importante en la prevalencia y clínica de los trastornos alimentarios.
- Entre los factores biográficos, el abuso infantil ha sido ampliamente documentado como un factor de riesgo para el trastorno alimentario. Otros factores analizados en la literatura médica, como las burlas por el peso, tienen menos apoyo empírico como factor de riesgo.
- La familia y el modelo de crianza influyen en la aparición posterior de un trastorno alimentario. El rechazo parental, la excesiva exigencia familiar y la existencia de vínculos patológicos afectivos son factores de riesgo ampliamente reconocidos.
- El rasgo de personalidad que cuenta con más apoyo empírico como factor específico de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario es el perfeccionismo, relacionado clínicamente con los rasgos narcisistas de carácter.

## ■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mathers CD, Vos ET, Stevenson CE, Begg SJ. The Australian Burden of Disease Study: measuring the loss of health from diseases, injuries and risk factors. *Med J Aust* 2000;172(12):592-6.
- Millar HR, Wardell F, Vyvyan JP, Naji SA, Prescott GJ, Eagles JM. Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):753-7.
- Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol* 2007;62(3):181-98.
- McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):248-54.
- Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry* 2000;157(3):393-401.
- Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(7):603-10.
- Klump KL, Holly A, Iacono WG, McGue M, Willson LE. Physical similarity and twin resemblance for eating attitudes and behaviors: a test of the equal environments assumption. *Behav Genet* 2000;30(1):51-8.
- Bulik C, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):305-12.
- Klump KL, Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Genetic and environmental influences on disordered eating: an adoption study. *J Abnorm Psychol* 2009;118(4):797-805.
- Bulik CM, Slof-Op't Landt MC, van Furth EF, Sullivan PF. The genetics of anorexia nervosa. *Annu Rev Nutr* 2007;27:263-75.
- Helder SG, Collier DA. The genetics of eating disorders. *Curr Top Behav Neurosci* 2011;6:157-75.
- Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Teasdale JT, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet* 2002;70(3):787-92.
- Devlin B, Bacanu SA, Klump KL, Bulik CM, Fichter MM, Halmi KA, et al. Linkage analysis of anorexia nervosa incorporating behavioral covariates. *Hum Mol Gen* 2002;11(6):689-96.
- Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):939-46.
- Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Kendler KS, Røysamb E, Maes H, Tambs K, et al. Gender differences in binge-eating: a population-based twin study. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(3):196-202.
- Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A, Klump K, Reichborn-Kjennerud T, Mazzeo SE, et al. Genetic epidemiology, endophenotypes and eating disorder classification. *Int J Eat Disord* 2007;40 Suppl:S52-60.
- Campbell IC, Mill J, Uher R, Schmidt U. Eating disorders, gene-environment interactions and epigenetics. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(3):784-93.
- Rojo L, Livianos L, Conesa LI, García A, Domínguez A, Rodrigo G, et al. Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *Int J Eat Disord* 2003;34(3):281-91.
- Leit RA, Gray JJ, Pope HG Jr. The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord* 2002;31(3):334-8.
- Dittmar H. How do «body perfect» ideals in the media have a negative impact on body image and behaviours? Factors and processes related to self and identity. *J Soc Clin Psychol* 2009;28(1):1-8.
- Austin SB, Ziyadeh N, Kahn JA, Camargo CA Jr, Colditz GA, Field AE. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(9):1115-23.
- McClelland L, Crisp A. Anorexia nervosa and social class. *Int J Eat Disord* 2001;29(2):150-6.
- Lindberg L, Hjertqvist A. Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *Int J Eat Disord* 2003;34(4):397-408.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 2003;65(4):701-8.
- Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol* 1986;41(3):246-63.
- Calado M, Lameiras M, Sepulveda AR, Rodríguez Y, Carrera MV. The mass media exposure and disordered eating behaviours in Spanish secondary students. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(5):417-27.
- Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509-14.
- Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: a review. *J Adolesc Health* 2005;37(5):416-26.
- Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002;128(5):825-48.
- Hoek HW, van Hoeken D, Katzman MA. Epidemiology and cultural aspects of eating disorders: a review. En: Maj M, Halmi K, López-Ibor JJ, Sartorius N, eds. *Eating disorders*. WPA se-

- ries: evidence and experience in eating disorders, vol. 6. 1ª ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2003. p. 75-104.
31. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, Katzman MA, Maatsoos GE, Susser ES. The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):748-52.
  32. Rieger E, Touyz SW, Swain T, Beumont PJ. Cross-cultural research on anorexia nervosa: assumptions regarding the role of body weight. *Int J Eat Disord* 2001;29(2):205-15.
  33. Lee S, Lee AM, Ngai E, Lee DT, Wing YK. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29(2):224-9.
  34. Bennett D, Sharpe M, Freeman C, Carson A. Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *Br J Psychiatry* 2004;185:312-7.
  35. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. 1ª ed. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
  36. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000;28(4):370-6.
  37. Meesters C, Muris P, Hoefnagels C, van Gemert M. Social and family correlates of eating problems and muscle preoccupation in young adolescents. *Eat Behav* 2007;8(1):83-90.
  38. Kog E, Vandereycken W. Family interactions in eating disorder patients and normal controls. *Int J Eat Disord* 1989;8(1):11-23.
  39. Hill AJ, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *Br J Clin Psychol* 1998;37(Pt 1):3-13.
  40. van Furth EF, van Strien DC, Martina LM, van Son MJ, Hendrickx JJ, van Engeland H. Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord* 1996;20(1):19-31.
  41. Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int J Eat Disord* 2000;28(2):155-64.
  42. Swarr AE, Richards MH. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Develop Psychol* 1996;32(4):636-46.
  43. Cordero ED, Israel T. Parents as protective factors in eating problems of college women. *Eat Disord* 2009;17(2):146-61.
  44. Meyer C, Gillings K. Parental bonding and bulimic psychopathology: the mediating role of mistrust/abuse beliefs. *Int J Eat Disord* 2004;35(2):229-33.
  45. Jones CJ, Leung N, Harris G. Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *Br J Clin Psychol* 2006;45(Pt 3):319-30.
  46. Rojo L, Livianos L, Conesa LI, Cava G. Dysfunctional rearing in community and clinic based populations with eating problems: prevalence and mediating role of psychiatric morbidity. *Eur Eat Disorders Rev* 2006;14:32-42.
  47. Pratt EM, Telch CF, Labouvie EW, Wilson GT, Agras WS. Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2001;29(2):177-86.
  48. Rorty M, Yager J, Rossotto E. Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1122-6.
  49. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional rather than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int J Eat Disord* 1999;25(2):159-67.
  50. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. The interaction between perinatal factors and childhood abuse in the risk of developing anorexia nervosa. *Psychol Med* 2010;40(4):657-65.
  51. Rojo L, Conesa LI, Bermudez O, Livianos L. Influence of stress in the onset of eating disorders: data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosom Med* 2006;68(4):628-35.
  52. Menzel JE, Schaefer LM, Burke NL, Mayhew LL, Brannick MT, Thompson JK. Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: a meta-analysis. *Body Image* 2010;7(4):261-70.
  53. Field AE, Camargo CA Jr, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(11):1184-9.
  54. Stice E, Whitenton K. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Dev Psychol* 2002;38(5):669-78.
  55. Haines J, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Hannan PJ. Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics* 2006;117(2):e209-15.
  56. Phares V, Steinberg AR, Thompson JK. Gender differences in peer and parental influences: body image disturbance, self-worth and psychological functioning in preadolescent children. *J Youth Adolesc* 2004;33(5):421-9.
  57. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(5):468-76.
  58. Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eat Behav* 2003;3(4):387-96.
  59. Halvarsson-Edlund K, Sjöden PO, Lunner K. Prediction of disturbed eating attitudes in adolescent girls: a 3-years longitudinal study of eating patterns, self-esteem and coping. *Eat Weight Disord* 2008;13(2):87-94.
  60. Bulik CM, Tozzi F, Anderson C, Mazzeo SE, Aggen S, Sullivan PF. The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):366-8.
  61. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord* 2002;32(3):282-90.
  62. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000;157(11):1799-805.
  63. Pike KM, Hilbert A, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Walsh BT, et al. Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38(10):1443-53.
  64. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(7):895-916.
  65. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):242-7.