



Grado en Psicología

Junio 2022

**HISTORIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE
TIPO RESTRICTIVO (TCA RESTRICTIVO)**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
MODALIDAD V**

Autora: Oihana Aguirreurreta Galarraga

Tutora: Karmele Salaberria Irizar

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Anorexia Nerviosa y Anorexia Nerviosa Atípica.....	3
1.2. El Sobrepeso, la Obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria	4
2. MÉTODO.....	6
3. RESULTADOS.....	7
3.1. Características de la muestra de los estudios seleccionados.....	7
3.2. Evaluación antropométrica y diagnóstica.....	8
3.3. Prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad	9
3.4. Evolución y desarrollo de los TCA restrictivos.....	10
3.5. Severidad de la sintomatología y comorbilidad física y psicológica.....	12
3.6. Menstruación	13
3.7. Tratamiento y pronóstico.....	13
4. DISCUSIÓN.....	14
4.1. Implicaciones para la investigación y la práctica clínica	19
REFERENCIAS	21
ANEXOS.....	29
Anexo 1: ecuación de búsqueda utilizada.....	29
Anexo 2: proceso de selección de los artículos	30
Anexo 3: características de los estudios seleccionados	31
Anexo 4: características y resultados relevantes de los estudios.....	33

RESUMEN

El exceso de peso ha sido relacionado con un mayor riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria. Sin embargo, poco se sabe sobre la relación entre la obesidad o sobrepeso y los trastornos de la conducta alimentaria de tipo restrictivo, como la anorexia nerviosa y la anorexia nerviosa atípica. Esta revisión sistemática pretende examinar la prevalencia y características de estos casos, de cara a mejorar su prevención, diagnóstico y tratamiento. Para ello, se realizó una búsqueda en *PubMed*, *Web of Science*, *PsycInfo* y *Scopus*, y se seleccionaron 17 artículos. Los resultados señalan que entre personas con un trastorno de la conducta alimentaria, una historia de sobrepeso u obesidad es más común en hombres que en mujeres, y en personas con Anorexia Nerviosa Atípica que con Anorexia Nerviosa. Estos casos se identifican con un peso mayor, pero su sintomatología, la amenorrea y sus consecuencias no son menos graves que quienes nunca han tenido sobrepeso u obesidad. Estos resultados sugieren la necesidad de tener en cuenta la historia de peso de los y las pacientes en la identificación de los trastornos de la conducta alimentaria. Se discuten las limitaciones e implicaciones clínicas de esta revisión.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, anorexia nerviosa atípica, sobrepeso, obesidad.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

Objetivo 3. Salud y Bienestar. Este trabajo cumple con el tercer objetivo de Desarrollo Sostenible (Salud y Bienestar) mediante la aportación de conocimientos útiles en el área de los TCA.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Anorexia Nerviosa y Anorexia Nerviosa Atípica

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno mental grave caracterizado por un miedo exagerado a engordar, por la alteración de la imagen corporal y por el uso de conductas patológicas para lograr una excesiva delgadez. Entre estas conductas están el mantener una dieta restrictiva estricta y el exceso de ejercicio físico y, en el subtipo purgativo de anorexia, el uso del vómito, diuréticos o de laxantes. Además, el DSM-5 marca el infrapeso como un criterio diagnóstico para la AN (American Psychiatric Association, APA, 2014), siendo un índice de masa corporal (IMC) menor a $18,5 \text{ kg/m}^2$ el valor común marcado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la categoría de infrapeso en personas adultas (OMS, 2022). Tomando en consideración el peso el DSM-5 especifica el nivel de gravedad de la AN como leve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$; moderado: $\text{IMC} 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$; severo: $\text{IMC} 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$ IMC y extremo: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$ (APA, 2014).

Se estima que su prevalencia durante la vida es hasta de un 4 % en mujeres y hasta de un 0,3 % en hombres (van Eeden et al., 2021).

La AN despierta una gran preocupación por ser un trastorno marcado por sus graves consecuencias, su alto riesgo de recaída y sus altos niveles de comorbilidad y mortalidad (Berends et al., 2018; Jagielska y Kacperska, 2017). De hecho, la AN presenta una de las mayores tasas de mortalidad entre los trastornos psiquiátricos debido a que puede provocar complicaciones médicas fatales o conducir al suicidio (Chesney et al., 2014).

Por otro lado, según el DSM-5, aquellas personas que cumplen con el resto de los criterios de AN, pero se mantienen en un rango del IMC normal o por encima de este, son clasificadas bajo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa Atípica (ANA). Esto incluye los casos en los que, aunque se haya producido una gran pérdida de peso, aún no se encuentran en el rango de infrapeso, es decir, lo que distingue la AN y la ANA es el infrapeso o la insuficiencia ponderal (APA, 2014).

Anteriormente, el DSM-IV-TR clasificaba como Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) aquellos casos que actualmente cumplen con los criterios de ANA (APA, 2000). Este diagnóstico abarcaba perfiles muy heterogéneos que podrían dividirse en cuadros incompletos de AN o Bulimia Nerviosa (BN), TCANE purgativo, trastorno por atracón o perfiles con sintomatología que no se asemejaba a otros tipos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Por lo tanto, podía haber grandes diferencias entre las personas diagnosticadas con TCANE. En cuanto a los casos de TCANE con cuadros incompletos de AN, estos no presentaron

diferencias respecto a los casos que sí cumplían con todos los criterios para la AN (excepto en la variable del peso) (Eddy et al., 2008).

Cabe señalar que los estudios muestran una prevalencia de ANA similar o mayor a la de AN en las comunidades, sin embargo, a pesar de que no sea un trastorno leve, puesto que la ANA presenta altas tasas de comorbilidad y complicaciones médicas (Moskowitz y Weiselberg, 2017; Sawyer et al., 2016), son menos los casos de ANA que acceden a un tratamiento (Harrop et al., 2021). Asimismo, estudios previos con individuos diagnosticados con TCANE señalan tasas de mortalidad comparables a los de la AN, en muchos casos con niveles de deterioro y patología similares o más severos (Crow et al., 2009; Le Grange et al., 2013).

Los nuevos criterios han reducido los casos de TCANE, sin embargo, aún no existe un claro consenso en cuanto a lo que se considera “un peso significativamente bajo” para el criterio diagnóstico de AN, lo cual afecta a la utilidad diagnóstica de las categorías AN y la ANA (Vo et al., 2017). De hecho, autoras como Phillipou y Beilharz (2019) defienden que al retirar el criterio del peso para el diagnóstico de AN se reforzaría un acercamiento más inclusivo que proporcionaría diagnósticos y tratamientos más adecuados más allá de la mera recuperación de peso.

1.2. El Sobrepeso, la Obesidad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Según la OMS, entre 1975 y 2016 las tasas de sobrepeso y obesidad infanto-juveniles se han multiplicado en todo el mundo, llegando a ser del 18 % (OMS, 2022). El sobrepeso, y especialmente la obesidad, se consideran factores de riesgo para un amplio número de problemas tanto de salud como emocionales (p. ej., ansiedad, depresión...) o psicosociales, como la discriminación (Sharafi et al., 2020; Shephard, 2018). En España se estima que la prevalencia del sobrepeso y obesidad en la población de entre 2 y 24 años es al menos del 30 % (Aranceta-Bartrina et al., 2020).

Por ello, los aumentos de estas tasas han ocasionado numerosas iniciativas para la prevención del sobrepeso y la obesidad que podrían, sin tener dicha intención, estar perpetuando el estigma del peso y contribuyendo así a la internalización de mensajes que podrían influir en la aparición de conductas de alimentación patológicas (Tan et al., 2019; Turner et al., 2020). De hecho, la internalización del estigma del peso es un importante predictor de la preocupación por la imagen corporal, la autoestima y los síntomas depresivos en la población con sobrepeso u obesidad (Durso et al., 2016). Del mismo modo, el hecho de poseer la etiqueta de “sobrepeso” está

relacionado con varias consecuencias negativas, como una mayor internalización del estigma del peso, una mayor insatisfacción corporal y un mayor afecto negativo (Essayli et al., 2017). Además, estudios realizados con la población estudiantil muestran que el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor riesgo de presentar sintomatología de alteración alimentaria (Burnette et al., 2018; Lipson y Sonnevile, 2017). Los y las pacientes con una historia de sobrepeso u obesidad representan una parte notable de los casos en tratamiento para un TCA (Sim et al., 2013).

De hecho, la obesidad comparte factores de riesgo comunes con los TCA, como el hacer dieta, la presión de los medios de comunicación, la insatisfacción corporal y las burlas recibidas relacionadas con el peso (Haines y Neumark-Sztainer, 2006). Es más, las burlas relacionadas con el peso, las cuales son más comunes en personas con un mayor IMC (Valois et al., 2019), han sido relacionadas con conductas alimenticias desordenadas como la dieta crónica y mecanismos extremos para el control del peso (Hooper et al., 2021). Es muy común que en casos de adolescentes con sobrepeso u obesidad la pérdida de peso sea incentivada y percibida favorablemente por amistades, familia y sociedad, a menudo a cualquier precio (Golden et al., 2016).

Es importante subrayar que entre las personas que desarrollan un TCA, aquellas con una historia de sobrepeso u obesidad muestran conductas muy similares a las de personas con un IMC normal o bajo como esconder comida, ejercicio excesivo, atracones, purgas, etc. (Taylor et al., 2018). Según el estudio realizado por Peebles et al. (2010), los y las adolescentes con TCANE restrictivo que no cumplían con el criterio del infrapeso para AN pero habían sufrido una pérdida igual o mayor al 25 % de su peso presentaban complicaciones médicas similares o mayores a los casos de AN. De hecho, la pérdida de peso total es mejor predictor de las complicaciones médicas y la sintomatología de los TCA que el grado de insuficiencia ponderal (Lavender et al., 2015; Whitelaw et al., 2018).

Sin embargo, los TCA son comúnmente retratados como trastornos exclusivos de mujeres blancas y delgadas. Un estudio observó que un mismo caso que presenta una clara sintomatología de un TCA siendo descrito como perteneciente a una mujer blanca o delgada (en comparación con el mismo caso siendo descrito como perteneciente a una mujer negra y con normopeso o sobrepeso) tenía una mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de un TCA por parte de estudiantes de psicología (Head, 2019), mientras que otro estudio con metodología similar observó que los casos descritos con una etiqueta de infrapeso tenían menos probabilidades de ser diagnosticados con AN o ANA por graduados en psicología en comparación a los que se describían como en normopeso o

sobrepeso (Veillette et al., 2018). Además, los casos presentados como pertenecientes a personas con sobrepeso tuvieron una mayor probabilidad de ser alentados a seguir perdiendo peso pese a mostrar claros signos de deterioro físico y psicológico (Head, 2019). Los y las profesionales en el entorno clínico son susceptibles a este estereotipo. De hecho, los TCA son más diagnosticados entre mujeres blancas y delgadas, y es posible que este estereotipo se mantenga debido a la exposición de los y las profesionales a pacientes que reciben un tratamiento y a estudios con una muestra clínica (Sonneville y Lipson, 2018).

Por ello, los y las profesionales podrían no estar preparados/as para identificar signos no demasiado obvios de los TCA y podrían no tener en cuenta que los intentos de perder peso suponen un riesgo para desarrollar un trastorno alimentario restrictivo en personas con sobrepeso u obesidad (Sim et al., 2013). Por ello, a pesar de sufrir una gran pérdida de peso, aquellos casos de TCA con un IMC alto podrían no ser identificados y no estar recibiendo un tratamiento adecuado (Burnette et al., 2018). Por lo tanto, dado que la intervención temprana aumenta la probabilidad de recuperación, es importante identificar los síntomas lo antes posible para frenar la progresión de los TCA (Andrés-Pepiñá et al., 2020).

La falta de conocimientos en cuanto a la prevalencia y las características distintivas de este tipo de casos podría significar un reto tanto para la identificación como para una prevención y un tratamiento más acertados en este tipo de pacientes (Anderson et al., 2017). Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo principal elaborar una síntesis actualizada de las investigaciones sobre la AN y ANA en personas con una historia previa de sobrepeso u obesidad. Conocer la prevalencia y las características clínicas distintivas puede ser de gran utilidad para el desarrollo de programas de prevención, facilitar un diagnóstico precoz y contribuir a un tratamiento más inclusivo e informado de la AN y ANA. Asimismo, esta revisión pretende aportar conocimientos útiles con el objetivo de garantizar una vida sana y promover el bienestar de la población mundial, el cual es el tercer objetivo (Salud y Bienestar) de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

2. MÉTODO

Esta revisión sistemática siguió las directrices de PRISMA (Moher et al., 2009). La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos de *PubMed*, *Web Of Science*, *Scopus* y *PsycINFO*. Asimismo, se seleccionaron algunos artículos de manera manual. Dado que la ANA es

un término relativamente reciente, las palabras clave para referirse a este se basan en el procedimiento utilizado por Harrop et al. (2021). La ecuación de búsqueda se muestra en el [anexo 1](#).

La revisión bibliográfica se realizó en los meses de octubre a diciembre de 2021. La búsqueda reunió un total de 327 artículos, una vez eliminados los duplicados fueron 156 los artículos analizados. Durante el *screening* se eliminaron 97 artículos. Específicamente, aquellos que de manera clara no estaban relacionados con los objetivos de esta revisión, que no incluían casos de TCA de tipo restrictivo (AN, ANA o TCANE), o aquellos que no incluían sujetos con una historia de sobrepeso u obesidad. Así, 61 artículos fueron leídos y evaluados para su elegibilidad. Se excluyeron los artículos (1) que no especificaron resultados para cada grupo de TCA, (2) que no analizaban la variable del sobrepeso u obesidad actual o histórica ni marcaban un umbral para considerar un IMC alto respecto a la población general entre sus participantes, y (3) estudios cualitativos, libros, editoriales, artículos de opinión, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Por otro lado, se incluyeron estudios en inglés y español publicados desde el comienzo de las bases de datos hasta diciembre del año 2021 que analizaran la variable del sobrepeso u obesidad actual o histórica en sujetos con TCA de tipo restrictivo. Finalmente, un total de 17 artículos se consideraron apropiados para esta revisión. En el diagrama de flujo se puede observar el proceso de selección de los artículos (consultar [anexo 2](#)).

3. RESULTADOS

3.1. Características de la muestra de los estudios seleccionados

Los estudios incluidos utilizaron tamaños de muestra muy diferentes; ocho incluyeron menos de 200 participantes (Crisp et al., 1980; Crisp y Stonehill, 1971; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Shian Ming et al., 2014; Steinhausen y Glanville, 1983; Strober et al., 1985), seis estudios entre 200 y 600 (Cena et al., 2017; Kennedy et al., 2017; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Swenne, 2016) y los tres restantes incluyeron más de 600 participantes (Bueno et al., 2014; Gueguen et al., 2012; Welch et al., 2015). La media de edad de las muestras fue similar y rondaba entre los 15 y 30 años. La gran mayoría de las muestras recibió tratamiento ya sea ambulatorio o mediante ingreso. En línea con los datos de prevalencia de los TCA restrictivos, la mayor parte de las muestras estaban formadas en mayor parte por participantes femeninas. El estudio de Shian Ming et al. (2014) utilizó una muestra

únicamente masculina, mientras que al menos seis estudios se basaron en una muestra únicamente femenina (Bueno et al., 2014; Crisp et al., 1980; Rastogi et al., 2020; Steinhausen y Glanville, 1983; Strober et al., 1985; Swenne, 2016).

Todos los estudios utilizaron una muestra clínica con participantes con TCA. Diez estudios poseían una muestra formada solo con TCA de tipo restrictivo (Crisp et al., 1980; Crisp y Stonehill, 1971; Gueguen et al., 2012; Kennedy et al., 2017; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2019; Meierer et al., 2019; Nagata et al., 2019; Steinhausen y Glanville, 1983; Strober et al., 1985), de los cuales solo seis incluyeron a participantes con AN. El resto de los estudios incluyeron también otros tipos de TCA (Bueno et al., 2014; Cena et al., 2017; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Shian Ming et al., 2014; Swenne, 2016; Welch et al., 2015). Solo los resultados específicos para los TCA restrictivos (AN, ANA, trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos -ARFID- y TCANE de tipo restrictivo) fueron utilizados para los resultados de esta revisión, excepto por los estudios de Swenne (2016) y Rastogi et al. (2020) en el que se tuvieron en cuenta los resultados de todo el grupo debido a que solo un 3,3 % y un 8,8 % de los y las participantes respectivamente no tenían un TCA de tipo restrictivo.

En cuanto a la procedencia, un 47 % era europea, un 41 % americana, un 6 % asiática, y un 6 % australiana. Las características de los y las participantes pueden consultarse en la tabla 1 del [anexo 3](#).

3.2. Evaluación antropométrica y diagnóstica

Los puntos de corte para considerar una historia de sobrepeso u obesidad fueron similares en la mayoría de los estudios. Un $IMC > P85$ fue considerado sobrepeso en siete estudios (Cena et al., 2017; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016) y un $IMC > P95$ fue considerado obesidad en cinco (Cena et al., 2017; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Sawyer et al., 2016; Welch et al., 2015). Un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ fue el punto de corte para el sobrepeso en tres estudios (Gueguen et al., 2012; Kennedy et al., 2017; Rastogi et al., 2020) y un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ para la obesidad (Bueno et al., 2014). Dos estudios se basaron en el porcentaje de peso medio de la población ajustada (del inglés, *Matched Population Mean Weight*, MPMW), siendo sobrepeso $> 110 \%$ MPMW (Crisp y Stonehill, 1971) y obesidad $> 115 \%$ MPMW (Crisp et al., 1980). Finalmente, un estudio utilizó

los puntos de corte del Grupo de Trabajo Internacional de Obesidad (Cole y Lobstein, 2012) para determinar el sobrepeso puberal (Cena et al., 2017).

En cuanto a los criterios utilizados para el diagnóstico, nueve estudios utilizaron el DSM-5 (Cena et al., 2017; Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Swenne, 2016; Welch et al., 2015), uno el DSM-IV-TR (Shian Ming et al., 2014), tres el DSM-IV (Bueno et al., 2014; Gueguen et al., 2012; Lebow et al., 2015), y dos los criterios de Feighner et al. (1972) (Steinhausen y Glanville, 1983; Strober et al., 1985). Dos estudios no especificaron los criterios diagnósticos (Crisp et al., 1980; Crisp y Stonehill, 1971). Es necesario señalar que la categoría diagnóstica de ANA no está presente hasta la aparición del DSM-5 (APA, 2014).

Los estudios incluidos en esta revisión se basaron mayormente en los registros médicos, aunque algunos utilizaron también otros instrumentos para evaluar los TCA como el Cuestionario para el Trastorno de la Conducta Alimentaria (EDE) (Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Sawyer et al., 2016; Swenne, 2016); el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT) (Bueno et al., 2014; Gueguen et al., 2012; Steinhausen y Glanville, 1983); el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI) y el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) (Bueno et al., 2014; Gueguen et al., 2012); el Cuestionario de Actitudes (Steinhausen y Glanville, 1983). Entre los instrumentos complementarios el más utilizado fue el Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (SCL-90R) para medir la presencia de psicopatología. También se utilizaron diversos instrumentos de medida para realizar la anamnesis (parámetros bioquímicos, técnicas radiológicas y otros instrumentos de evaluación psicológica).

Las características de los estudios y los hallazgos más relevantes pueden consultarse en la tabla 2 del [anexo 4](#).

3.3. Prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad

La mayoría de los artículos analizaron la prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad en los trastornos de tipo restrictivo.

Los resultados fueron muy variados, desde un 1,9 % (Bueno et al., 2014) a un 71 % (Sawyer et al., 2016). La mayoría de estos mostró una prevalencia de al menos el 20 % (Crisp et al., 1980; Crisp y Stonehill, 1971; Kennedy et al., 2017; Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016; Shian Ming et al., 2014;

Steinhausen y Glanville, 1983). Las prevalencias variaban respecto al diagnóstico. Concretamente, las prevalencias en la AN fueron cercanas al 30 % en tres de los estudios (Crisp et al., 1980; Kennedy et al., 2017; Meierer et al., 2019); en dos estudios superaban el 50 % (Crisp y Stonehill, 1971; Shian Ming et al., 2014); en tres rondaba el 24 % (Matthews et al., 2021; Rastogi et al., 2020; Steinhausen y Glanville, 1983), en uno el 12 % (Sawyer et al., 2016) y en otro fue tan solo del 1,9 % (Bueno et al., 2014), aunque este último solo tuvo en cuenta la obesidad. En cambio, la prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad era claramente superior en personas con ANA, variando del 53 % al 71 % (Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021; Rastogi et al., 2020; Sawyer et al., 2016). Solo un artículo analizó la prevalencia en los casos de ARFID, y esta fue de un 21,6 % (Rastogi et al., 2020).

Un estudio relacionó la obesidad infantil con tener el triple de posibilidades de desarrollar trastorno por atracón (TA), el doble de posibilidades de sufrir bulimia nerviosa (BN) y ARFID, pero no se relacionó con una mayor probabilidad de tener AN (Cena et al., 2017). Rastogi et al. (2020) observaron que aquellas personas con historia de sobrepeso u obesidad tenían mayor probabilidad de ser diagnosticados de ANA o BN, mientras que el grupo con una historia de normopeso tenía mayor probabilidad de ser diagnosticados de AN o ARFID. Finalmente, en el estudio de Swenne (2016), las participantes que presentaron un IMC más alto fueron mayormente diagnosticadas con un TCANE en comparación con AN.

En cuanto al sexo, todos los estudios que comparaban la prevalencia entre hombres y mujeres encontraron una prevalencia mayor de la historia de sobrepeso u obesidad entre los hombres: Gueguen et al. (2012) (39 % vs 13 %); Kennedy et al. (2017) (30,2 % vs 17,9 %); Matthews et al. (2021) (68,75 % vs 35,6 %); Nagata et al. (2019) (44,4 % vs 18,4 %) y Welch et al. (2015) (20,1 % vs 9,6 %).

Respecto al origen de los y las participantes, Kennedy et al. (2017) analizaron el origen junto con la prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad en los TCA restrictivos y encontraron una mayor prevalencia entre participantes no caucásicos/as en comparación con los y las caucásicos/as (26,8 % frente al 17,6 %).

3.4. Evolución y desarrollo de los TCA restrictivos

Swenne (2016) no encontró diferencias en la edad de comienzo del TCA de tipo restrictivo entre los distintos rangos del IMC. Además, otros estudios tampoco encontraron diferencias

significativas en la edad en el momento del diagnóstico entre participantes menores de 22 años con y sin una historia de obesidad y un TCA restrictivo (Lebow et al., 2015; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2018). Sin embargo, un estudio realizado en España con participantes con AN, TCANE y BN observó una mayor prevalencia de la obesidad actual e histórica en mujeres con un TCA de comienzo tardío (>25 años) en comparación con mujeres con comienzo a una edad típica (<25 años) (Bueno et al., 2014).

Uno de los primeros estudios que recogieron datos sobre la evolución de los TCA en pacientes con AN mostró que un 57,4 % tenía sobrepeso al comienzo de la dieta, además, la media de peso al comienzo de la dieta en pacientes con AN era 6 kilos mayor a la media de peso de la población ajustada (Crisp y Stonehill, 1971).

Algunos estudios observaron una mayor duración de la enfermedad hasta su identificación en los y las participantes con historia de sobrepeso u obesidad. Nagata et al. (2019) observaron una diferencia de 4,5 meses, tiempo que aumentó a casi 9 meses en el estudio de Lebow et al. (2015) y a 14 meses en el caso de Rastogi et al. (2020). Sin embargo, en otros estudios los resultados comparando la duración de la enfermedad entre los casos con y sin una historia de sobrepeso u obesidad no fueron significativas (Kennedy et al., 2017; Matthews et al., 2021; Meierer et al., 2019).

Respecto al IMC que presentaban los y las participantes en el momento del diagnóstico, aquellos/as con una historia de sobrepeso u obesidad tenían un mayor IMC o un mayor porcentaje de mediana del IMC (%IMCm) frente a aquellos/as que nunca había tenido exceso de peso: 99,8 %IMCm frente a 85,2 %IMCm (Kennedy et al., 2017); 20 IMC frente a 16,9 IMC (Lebow et al., 2015); 46,1 %IMCm frente a 17,26 %IMCm (Matthews et al., 2021); 19,4 IMC frente a 17,3 IMC (Meierer et al., 2018); 17,9 IMC frente a 15,7 IMC (Nagata et al., 2019); y 20,6 IMC frente a 18,1 IMC (Rastogi et al., 2020). Por ejemplo, en el estudio de Kennedy et al. (2017), un 7,9 % de la muestra tenía sobrepeso en el momento del diagnóstico.

No obstante, a pesar de que en el momento del diagnóstico tuvieran un peso mayor, la pérdida de peso era mucho mayor en los casos con una historia de sobrepeso u obesidad frente a quienes no tenían una historia de sobrepeso u obesidad. Así, Kennedy et al. (2017) y Matthews et al. (2021) registraron unas pérdidas de peso del 26 % frente al 16 %. El IMC disminuyó un 5,4 kg/m² frente a un 3,6 kg/m² en la investigación de Lebow et al. (2015), y un 7,1 kg/m² frente a un 3,3 kg/m² en el estudio de Rastogi et al. (2020). Swenne (2016) registró de media una pérdida de

14,3 kg en los casos con una historia de obesidad frente a una pérdida de entre 4,5 y 9,5 kg de los casos sin historia de obesidad. Por último, Meierer et al. (2019) registraron en 2004 una bajada en el IMC de 6,8 kg/m² frente a 3,8 kg/m², y en 2014 de 6,6 kg/m² frente a 3,6 kg/m². Asimismo, en este artículo se observó que la pérdida de peso era más rápida en aquellos/as que tenían una historia de sobrepeso u obesidad en comparación con aquellos/as sin historia de sobrepeso u obesidad, 2,6 kg al mes y 1,6 kg al mes respectivamente.

3.5. Severidad de la sintomatología y comorbilidad física y psicológica

En cuanto a la gravedad del trastorno, aparte de la pérdida de peso, en los casos con una historia de sobrepeso u obesidad se encontró una mayor severidad de los síntomas en la escala EDE, mayor ansiedad (Matthews et al., 2021; Swenne, 2016) y mayores puntuaciones en la escala de depresión (Matthews et al., 2021). Sin embargo, otro estudio no encontró diferencias significativas en la escala de EDE (Lebow et al., 2015). Por otro lado, Meierer et al. (2019) observaron una mayor tendencia a tener atracones entre los casos con historia de sobrepeso u obesidad en comparación con aquellos sin historia de sobrepeso u obesidad (44 % vs 24,6 %).

En cuanto a parámetros fisiológicos, entre los y las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad se observó una menor frecuencia cardíaca (65 vs 70 pulsaciones/min), y una mayor presión sanguínea que en los y las participantes sin historia de sobrepeso u obesidad (Meierer et al., 2019; Swenne, 2016). Nagata et al. (2019) observaron valores de densidad mineral ósea (DMO) y contenido mineral óseo (CMO) más altos (0,88 vs 0,83) en los casos con una historia de sobrepeso u obesidad. También encontraron un mayor índice de masa magra (ILBG) (1,1 vs 0,8) aunque no hubo diferencias en el índice de masa grasa (IGC).

Por otro lado, Meierer et al. (2019) no encontraron diferencias significativas en otros parámetros fisiológicos (hipotensión ortostática, acrocianosis y tiempo de relleno capilar). Otros estudios tampoco encontraron diferencias significativas en los síntomas, en las complicaciones físicas y en la gravedad del trastorno entre los grupos con y sin historia de sobrepeso u obesidad (Lebow et al., 2015; Swenne, 2016).

Respecto a las comorbilidades psicológicas, el estudio de Matthews et al. (2021) reveló que los y las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad recibían más burlas por parte de sus iguales y que sus padres y madres hacían más comentarios sobre su propio peso (pero no sobre

el peso del o la participante), y todo esto se relacionó con la severidad de los síntomas. Además, el IMC parental también fue mayor (30,08 kg/m² vs 27,18 kg/m²) en estos casos.

3.6. Menstruación

En cuanto a la presencia de amenorrea, el estudio de Swenne (2016) encontró que entre las pacientes con una historia de obesidad solo un 13 % tenían amenorrea, mientras que las que no tuvieron obesidad el porcentaje de amenorrea aumentaba desde un 37 a un 51 %.

Sin embargo, en otros tres estudios no se encontraron diferencias significativas respecto a la presencia de amenorrea (Lebow et al., 2015; Nagata et al., 2019; Rastogi et al., 2020). En el estudio de Meierer et al. (2019) se observó una mayor duración de la amenorrea en las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad en comparación con las participantes sin historias de sobrepeso u obesidad (11,1 meses vs 7,8 meses). Rastogi et al. (2020) tampoco encontraron diferencias en la prevalencia, pero observaron que las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad habían recuperado menos porcentaje de su peso anterior cuando recuperaron la menstruación (de media, 11,5kg vs 2,3kg menos que su peso máximo); de hecho, ambos grupos recuperaron la menstruación con una media de IMC de entre 20-21 kg/m². Del mismo modo, Crisp y Stonehill (1971) observaron que en la mayoría de las pacientes la amenorrea apareció tras una pérdida igual o mayor al 10 % del peso previo, sin ser necesario que las participantes estuviesen en un estado de insuficiencia ponderal; de hecho, un 7,8 % de la muestra tenía sobrepeso al comienzo de la amenorrea. Con una dieta saludable, la menstruación reaparecía, tanto en personas con historia de sobrepeso u obesidad como sin ella, con un peso cercano a la media de peso de la población ajustada.

3.7. Tratamiento y pronóstico

En cuanto al tipo de tratamiento, Matthews et al. (2021) y Meierer et al. (2019) no encontraron diferencias significativas dependiendo de la presencia de una historia de sobrepeso u obesidad, pero Kennedy et al. (2017) hallaron que las y los participantes con una historia de sobrepeso u obesidad tenían menos probabilidades de recibir tratamiento con ingreso debido a presentarse con un peso mayor. La historia de sobrepeso u obesidad también se relacionó con un menor aumento de peso en la recuperación (Strober et al., 1985) y con una peor prognosis a largo plazo (Steinhausen y Glanville, 1983).

Durante un seguimiento a largo plazo, Steinhausen y Glanville (1983) observaron que una pérdida de peso mayor al 29 % se relacionaba con peores puntuaciones totales en la sintomatología de un TCA y el deterioro social, mayor miedo a engordar, mayor negación y perturbación de las señales de hambre y una actitud más negativa hacia los padres y madres.

Por último, Meierer et al. (2019) analizaron el peso en el momento del alta y encontraron que el IMC medio era más alto (21,57 kg/m² vs. 19,53 kg/m²) en los casos con una historia de sobrepeso u obesidad; además, un 28,57 % de estos casos fueron dados de alta con exceso de peso. No se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de recuperación.

4. DISCUSIÓN

Esta revisión tenía como objetivo examinar la prevalencia y las características de los casos de TCA restrictivo que previamente habían tenido sobrepeso u obesidad. Se observaron resultados muy dispares en cuanto a la prevalencia, sin embargo, la mayoría mostraron una prevalencia de al menos el 20 %, por lo tanto, es necesario eliminar la idea de que una historia de sobrepeso u obesidad y un TCA restrictivo son mutuamente excluyentes. Las diferencias en la prevalencia pueden deberse en parte a las características de los y las participantes, ya que algunos estudios solo contaron con participantes femeninas y/o con un diagnóstico de AN, mientras que en esta revisión se ha observado una mayor prevalencia entre hombres y entre participantes con ANA.

Es subrayable que todos los estudios que analizaron la prevalencia respecto al peso encontraron una mayor prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad entre los hombres. Dado que la gran mayoría de pacientes en centros de tratamiento para un TCA son mujeres, es preocupante que los TCA restrictivos puedan estar siendo infradiagnosticados e incomprendidos en los hombres (Coelho et al., 2018); así, tener en cuenta esta característica podría ser de utilidad para la identificación temprana de la AN y ANA en la población masculina.

Las prevalencias de una historia de sobrepeso u obesidad dependiendo del diagnóstico fueron consistentemente más altas entre pacientes con ANA (entre un 53 y un 71 %) en comparación con pacientes con AN (entre el 12 % y el 57 %). La mayor prevalencia en los casos de ANA era esperable dado que aquellos casos con una historia de sobrepeso u obesidad necesitan una pérdida de peso mucho mayor para cumplir con el criterio del infrapeso para la AN. Por lo tanto, la inclusión del diagnóstico de ANA en el DSM-5 ha permitido explorar de mejor manera

los casos con una historia de sobrepeso u obesidad y un TCA restrictivo, ya que anteriormente quienes no cumplían con el criterio del peso no se diferenciaban del resto de TCANE que no se caracterizan principalmente por la restricción.

Una historia de sobrepeso u obesidad también se ha relacionado en esta revisión con mayores probabilidades de ser diagnosticado/a con ANA o TCANE y menor probabilidad de ser diagnosticada/o de AN. Aunque actualmente el DSM-5 establece como criterio para la AN un peso “significativamente bajo” en relación con la edad, sexo e historia del desarrollo, especificando un IMC menor a 18,5 kg/m² más como una pauta que como un requisito (APA, 2014), las dificultades para interpretar este criterio complican la operacionalización de la AN y ANA tanto en la práctica clínica como en la investigación (Sawyer et al., 2016). La reciente revisión sistemática realizada por Harrop et al. (2021) con pacientes con AN y ANA concluyó que ambos diagnósticos tienen más similitudes que diferencias, y tampoco encontró diferencias en la gravedad del trastorno entre estos diagnósticos. De hecho, la principal diferencia entre ambos diagnósticos fue el peso de los y las pacientes.

Continuando con la característica del peso, el DSM-5 también basa la severidad de la AN en el IMC. Sin embargo, los estudios incluidos en esta revisión muestran que, en aquellos casos con una historia de sobrepeso u obesidad y con un IMC más alto, la severidad de la sintomatología, las cogniciones patológicas y el deterioro clínico no son menores en comparación con quienes nunca han tenido sobrepeso u obesidad. Estos resultados coinciden con el estudio de Machado et al. (2017), que no encontró diferencias en la gravedad de la patología entre las diferentes categorías de gravedad en casos de AN (leve: IMC ≥ 17 kg/m²; moderado: IMC 16–16,99 kg/m²; severo: IMC 15–15,99 kg/m² IMC y extremo: IMC < 15 kg/m²), lo cual apoya la idea de que el IMC no es la medida más útil como índice de la severidad de la AN. En cambio, la severidad del trastorno podría ser comprendida de mejor manera mediante otros indicadores como la intensidad de los pensamientos y conductas del trastorno alimenticio, la proporción de peso perdido en un intervalo de tiempo o el nivel de preocupación y malestar (Phillipou y Beilharz, 2019). Por todo esto, es importante no ver la ANA como un diagnóstico menos grave que la AN, ni los casos que se presentan con un IMC normal o incluso de sobrepeso como menos graves que los que se presentan en un estado de insuficiencia ponderal.

Según Phillipou y Beilharz (2019), centrar los criterios para el diagnóstico, los objetivos de tratamiento y el criterio de recuperación en el peso puede restar importancia a los aspectos

psicológicos centrales del trastorno y puede perpetuar la creencia de que las personas con un peso mayor no están “lo suficientemente enfermas”, llevándolas a perder aún más peso para sentirse merecedoras de apoyo.

A pesar de que los y las pacientes con una historia de sobrepeso u obesidad se presenten con un peso mayor, la pérdida de peso es mucho mayor y más rápida, y la duración del trastorno hasta su identificación también parece ser mayor en estas personas, aunque en algunos estudios las diferencias no llegaron a ser significativas. Estos resultados son preocupantes dado que una mayor duración de la enfermedad se relaciona con una menor remisión (Andrés-Pepiñá et al., 2020) y la supresión del peso está relacionada con una mayor sintomatología de los TCA (Lowe et al., 2018). De hecho, algunos estudios de esta revisión observaron una mayor severidad de la sintomatología y mayor depresión y ansiedad en pacientes con una historia de sobrepeso u obesidad, aunque los resultados en cuanto a la severidad de los síntomas y de la comorbilidad no son claros. Las complicaciones físicas de la malnutrición y la pérdida de peso, las cuales son señales de alerta entre pacientes con bajo peso son muchas veces mal diagnosticadas en pacientes de un peso mayor (Sim et al., 2013). Si se tuviera en cuenta esto, es posible que muchos de los casos con una historia de sobrepeso u obesidad pudieran haber sido identificados antes, mejorando así su prognosis. El criterio absoluto de peso (<85% del peso ideal) para el diagnóstico de anorexia en el DSM-IV-TR (APA, 2000) ha influido en la visión de muchos/as profesionales de la salud del estereotipo de paciente con un TCA restrictivo, dificultando la identificación de este tipo de síntomas en los y las pacientes que no cumplen con este criterio (Lebow et al., 2015). Por ello es importante que los y las profesionales de la salud miren más allá del peso y tengan en cuenta evaluar la posibilidad de un TCA, especialmente ante cualquier pérdida de peso (Sim et al., 2013).

En cuanto a la presencia de amenorrea, la mayoría de los estudios de esta revisión no encontraron diferencias en la presencia de la amenorrea dependiendo del peso histórico excepto uno, que observó que la presencia de amenorrea entre pacientes con una historia de obesidad era menor (Swenne, 2016). Crisp y Stonehill (1971) vieron que la amenorrea aparecía en varios casos tras una pérdida igual o mayor al 10 % del peso, sin la necesidad de encontrarse en insuficiencia ponderal. Además, los estudios de esta revisión indican que con una dieta equilibrada la menstruación reaparece también en los casos con una historia de sobrepeso u obesidad, sin ser necesaria la recuperación de gran parte el peso perdido para la normalización menstrual. Estos

resultados indican que las alteraciones hormonales pueden aparecer con cualquier peso y que para la normalización de estas alteraciones no es necesaria la recuperación total del peso previo.

El tipo de tratamiento recibido no parece diferir dependiendo de la presencia de una historia de sobrepeso u obesidad, aunque los resultados son contradictorios. Un estudio no encontró diferencias en los porcentajes de recuperación, pero observó que las personas con una historia de sobrepeso u obesidad eran dadas de alta con un IMC mayor (Meierer et al., 2019). En cuanto al pronóstico, ya en la década de los 80, Steinhausen y Glanville (1983) encontraron que los casos con una historia de sobrepeso u obesidad tenían una peor prognosis a largo plazo. Dado que pocos estudios han evaluado el tratamiento y la prognosis de este tipo de casos, futuros estudios deberían investigar este tema.

Esta revisión sistemática no está exenta de limitaciones. Primero, dado que las prevalencias más altas de una historia de sobrepeso u obesidad se han encontrado en la ANA, es posible que en los estudios previos al DSM-5 (donde este diagnóstico fue introducido por primera vez) no quedara reflejada una parte importante de la población con esta característica. Otra de las limitaciones es que todos los estudios incluidos en esta revisión se basan en una muestra clínica, sin embargo, es posible que en la comunidad la prevalencia de este tipo de casos sea mayor. De hecho, las adolescentes con sobrepeso tienen más probabilidades de utilizar métodos extremos para controlar el peso como ayunar, vomitar o el uso de diuréticos (Cruz-Sáez et al., 2015). Asimismo, una revisión sistemática actual encontró que la ANA es más prevalente en la comunidad mientras que en los centros de tratamiento la AN es más común, por lo que es posible que muchos casos de ANA no estén siendo identificados correctamente (Harrop et al., 2021). Vista la prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad entre pacientes con ANA y que estos casos también se presentan con un peso mayor, es posible los casos con una historia de sobrepeso u obesidad tampoco estén siendo identificados a pesar de mostrar conductas alimenticias desordenadas.

Otra de las limitaciones relacionadas con la muestra es que pocos estudios incluyeron una muestra con diversidad étnica. Solo se encontró un estudio que analizara la prevalencia dependiendo del origen étnico (Kennedy et al., 2017), encontrando una mayor prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad entre los participantes no caucásicos. Un estudio encontró que en comparación con personas caucásicas, las personas afroamericanas y latinas que presentaban preocupación por sintomatología propia de un TCA en consulta tenían menos probabilidades de que su médico indagara en el tema y de recibir una derivación para una evaluación o tratamiento

(Becker et al., 2003), por eso, para reducir esta barrera social al tratamiento de los TCA es importante tener en cuenta la diversidad étnica tanto en la práctica clínica como en la investigación. Además, ningún estudio incluyó a minorías de género, a pesar de que la prevalencia de AN y ANA es incluso mayor en personas que se identifican con “Otro” género que entre personas que se identifican como mujeres (Mitchison et al., 2020). Futuros estudios sobre el tema deberían tener en cuenta e incluir las minorías étnicas y de género para aumentar la generalización de los resultados. Además, la prevalencia en estos casos podría ser incluso mayor, lo cual es importante de cara a una mejor identificación de los TCA en estas poblaciones.

Es necesario mencionar que en los estudios de Rastorgi et al. (2020) y Swenne (2016, los resultados (excepto los resultados referentes a la prevalencia en el estudio de Rastorgi et al. (2020)) no hacen referencia exclusivamente a casos con un TCA de tipo restrictivo, debido a que una minoría de la muestra estaba compuesta por participantes con BN (un 8,8% y un 3,3% respectivamente). Debido a que la mayoría de la muestra estaba compuesta por participantes con un TCA de tipo restrictivo se decidieron incluir estos resultados por su interés para el objetivo de esta revisión, aunque debe ser considerada una limitación para este estudio.

Por otra parte, algunos estudios solo tuvieron en cuenta la presencia de una historia de obesidad, por lo que sus resultados no pueden ser generalizados a la población con una historia de sobrepeso (Bueno et al., 2014; Crisp et al., 1980; Welch et al., 2015). De haber tenido en cuenta también la presencia de una historia de sobrepeso las prevalencias en sus resultados hubieran sido, probablemente, mayores.

Por último, para evaluar la presencia de una historia de sobrepeso u obesidad la mayoría de los estudios utilizan la información sobre el peso más alto según el paciente, y en muchos casos la altura utilizada para el cálculo del IMC era la altura del paciente en el momento del diagnóstico. Esto pudo causar una subestimación de los casos con historia de sobrepeso u obesidad, ya que el peso máximo pudo haberse alcanzado con una altura menor a la del momento del diagnóstico (sobre todo teniendo en cuenta que muchas/os de los y las pacientes se encontraban en edad de crecimiento). Además, los y las participantes podrían no ser informadores fiables sobre su peso debido a que debido a su trastorno podrían sentir vergüenza o podrían intentar minimizar la gravedad del trastorno informando sobre un peso menor al máximo real (Crisp y Stonehill, 1971).

4.1. Implicaciones para la investigación y la práctica clínica

Son muy pocos los estudios que han investigado el pasado de sobrepeso u obesidad entre personas con un TCA restrictivo, dada la gravedad de este tipo de trastornos y su prevalencia, esta revisión subraya la necesidad de una mayor concienciación e investigación de este tipo de casos, especialmente con una muestra diversa en cuanto a género, edad y origen étnico.

Por otra parte, los datos recogidos en esta revisión no son suficientes para poder investigar cómo afecta el hecho de haber tenido sobrepeso u obesidad a la hora de desarrollar un TCA restrictivo. Por ejemplo, uno de los estudios de esta revisión destacó que los y las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad recibían más burlas por parte de iguales y que sus padres hacían más comentarios sobre su propio peso (Matthews et al., 2021). Ambas cosas se relacionaron con la severidad de la sintomatología del paciente. Las experiencias con el estigma del peso y las burlas relacionadas con el peso son muy comunes entre jóvenes con un peso alto (Puhl y Lessard, 2020) y están asociadas a conductas alimentarias insanas como la alimentación desordenada y las conductas insanas del control de peso como ayunar, los atracones, vómitos, etc. (Vartanian y Porter, 2016). Teniendo esto en cuenta, futuros estudios deberían investigar la asociación entre el sobrepeso o la obesidad y el rechazo por parte de su entorno como un factor precipitante de la dieta extrema y los TCA.

De cara a una mejora en la identificación temprana de los TCA de tipo restrictivo en la práctica clínica, los resultados de este estudio subrayan la importancia de tener en cuenta la historia de peso de los y las pacientes, y no solo el IMC actual, dado que los TCA restrictivos pueden darse en personas con cualquier peso. Los y las profesionales deberían indagar en la sintomatología de un TCA ante cualquier señal o pérdida de peso. Preguntar sobre la dieta, el ejercicio o la menstruación podría ayudar a identificar más casos de TCA. Además, los casos que se presentan con un peso mayor no deben ser vistos como de menor gravedad, ya que pueden tener la misma severidad y complicaciones que el resto.

Por último, a la hora de realizar intervenciones para el sobrepeso y la obesidad y su seguimiento debería tenerse en cuenta que el estigma del peso y el hacer dieta son factores de riesgo para desarrollar un TCA (Burton, 2020; Hunger et al., 2020). Por lo tanto, el peligro de desarrollar un TCA durante o tras una intervención para el sobrepeso o la obesidad debe ser tenido en cuenta. En la prevención conjunta del sobrepeso y la obesidad y los TCA se recomienda a los y las

profesionales centrarse menos en el peso y reforzar las conductas sanas que pueden ser mantenidas a largo plazo, reforzar una imagen corporal positiva en todos/as los/las adolescentes, promover las comidas en familia, recomendar que se hable menos del peso en la familia y más sobre la dieta sana y la actividad física, y asumir que los y las adolescentes con sobrepeso u obesidad han experimentado el estigma del peso y trabajarlo tanto con la persona como con su familia (Neumark-Sztainer, 2009).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Editorial Médica Paramericana.
- Anderson, L., Murray, S. y Kaye, W. (2017). *Clinical handbook of complex and atypical eating disorders*. Oxford University Press.
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uF0vDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Anderson,+L.,+Murray,+S.+B.,+%26+Kaye,+W.+H.+\(Eds.\).+\(2017\).+Clinical+handbook+of+complex+and+atypical+eating+disorders.+Oxford+University+Press&ots=h1p8M3t0wm&sig=zWtH2oG1xzipH2AuWw](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uF0vDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Anderson,+L.,+Murray,+S.+B.,+%26+Kaye,+W.+H.+(Eds.).+(2017).+Clinical+handbook+of+complex+and+atypical+eating+disorders.+Oxford+University+Press&ots=h1p8M3t0wm&sig=zWtH2oG1xzipH2AuWw)
- Andrés-Pepiñá, S., Plana, M. T., Flamarique, I., Romero, S., Borràs, R., Julià, L., Gárriz, M. y Castro-Fornieles, J. (2020). Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 33–44.
<https://doi.org/10.1177/1359104519827629>
- Aranceta-Bartrina, J., Gianzo-Citores, M. y Pérez-Rodrigo, C. (2020). Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in the Spanish population aged 3 to 24 years. The ENPE study. *Revista Española de Cardiología*, 73(4), 290–299.
<https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2019.07.011>
- Becker, A. E., Franko, D. L., Speck, A. y Herzog, D. B. (2003). Ethnicity and differential access to care for eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 205–212. <https://doi.org/10.1002/EAT.10129>
- Berends, T., Boonstra, N. y van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 445–455.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000453>
- Bueno, B., Krug, I., Bulik, C. M., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Thornton, L., Penelo, E., Menchón, J. M., Sánchez, I., Tinahones, F. J. y Fernández-Aranda, F. (2014). Late onset eating disorders in Spain: Clinical characteristics and therapeutic implications. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 1–17. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22006>
- Burnette, C. B., Simpson, C. C. y Mazzeo, S. E. (2018). Relation of BMI and weight suppression to eating pathology in undergraduates. *Eating Behaviors*, 30, 16–21.

<https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2018.05.003>

- Burton, M. (2020). Understanding and supporting children and young people with eating disorders. *Practice Nursing*, 31(10), 412–419.
- Cena, H., Stanford, F. C., Ochner, L., Fonte, M. L., Biino, G., De Giuseppe, R., Taveras, E. y Misra, M. (2017). Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders. *Eating Disorders*, 25(3), 216–229. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1279905>
- Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Coelho, J. S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J. y Lam, P.-Y. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0226-y>
- Cole, T. J. y Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4), 284–294. <https://doi.org/10.1111/J.2047-6310.2012.00064.X>
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B. y Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3–4), 179–191. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(80\)90040-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(80)90040-9)
- Crisp, A. H. y Stonehill, E. (1971). Relation between aspects of nutritional disturbance and menstrual activity in primary anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 3(5767), 149–151. <https://doi.org/10.1136/BMJ.3.5767.149>
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. y Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342–1346. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020247>
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2015). Normal-weight and overweight female adolescents with and without extreme weight-control behaviours: Emotional distress and body image concerns. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 730–740. <https://doi.org/10.1177/1359105315580214>
- Durso, L. E., Latner, J. D. y Ciao, A. C. (2016). Weight bias internalization in treatment-seeking

- overweight adults: Psychometric validation and associations with self-esteem, body image, and mood symptoms. *Eating Behaviors*, 21, 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.01.011>
- Eddy, K. T., Doyle, A. C., Rienecke, R., Herzog, D. B. y Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(2), 156–164. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815cd9cf>
- Essayli, J. H., Murakami, J. M., Wilson, R. E. y Latner, J. D. (2017). The impact of weight labels on body image, internalized weight stigma, affect, perceived health, and intended weight loss behaviors in normal-weight and overweight college women. *American Journal of Health Promotion*, 31(6), 484–490. <https://doi.org/10.1177/0890117116661982>
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. y Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>
- Golden, N. H., Schneider, M. y Wood, C. (2016). Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 138(3), e20161649. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649>
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, S. M., Guelfi, J. D., Rouillon, F., Falissard, B. y Huas, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: Comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 537–545. <https://doi.org/10.1002/EAT.20987>
- Haines, J. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770–782. <https://doi.org/10.1093/her/cyl094>
- Harrop, E. N., Mensinger, J. L., Moore, M. y Lindhorst, T. (2021). Restrictive eating disorders in higher weight persons: A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1328–1357. <https://doi.org/10.1002/eat.23519>
- Head, M. (2019). (In)Visible: An examination of Eating disorder detection in marginalized women as a function of weight status and ethnic group membership. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/6208>
- Hooper, L., Puhl, R., Eisenberg, M. E., Crow, S. y Neumark-Sztainer, D. (2021). Weight teasing experienced during adolescence and young adulthood: Cross-sectional and longitudinal

- associations with disordered eating behaviors in an ethnically/racially and socioeconomically diverse sample. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1449–1462. <https://doi.org/10.1002/EAT.23534>
- Hunger, J. M., Dodd, D. R. y Smith, A. R. (2020). Weight discrimination, anticipated weight stigma, and disordered eating. *Eating Behaviors*, 37, 101383. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101383>
- Jagielska, G. y Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205–218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>
- Kennedy, G. A., Forman, S. F., Woods, E. R., Hergenroeder, A. C., Mammel, K. A., Fisher, M. M., Ornstein, R. M., Callahan, S. T., Golden, N. H., Kapphahn, C. J., Garber, A. K., Rome, E. S. y Richmond, T. K. (2017). History of overweight/obesity as predictor of care received at 1-year follow-up in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 60(6), 674–679. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.01.001>
- Lavender, J. M., Shaw, J. A., Crosby, R. D., Feig, E. H., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Hill, L., Le Grange, D., Powers, P. y Lowe, M. R. (2015). Associations between weight suppression and dimensions of eating disorder psychopathology in a multisite sample. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 87–93. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2015.07.021>
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Engel, S. G., Cao, L., Ndungu, A., Crow, S. J., Peterson, C. B., Mitchell, J. E. y Wonderlich, S. A. (2013). DSM-IV-defined Anorexia Nervosa versus subthreshold Anorexia Nervosa (EDNOS-AN). *European Eating Disorders Review*, 21(1), 1–7. <https://doi.org/10.1002/erv.2192>
- Lebow, J., Sim, L. A. y Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.005>
- Lipson, S. K. y Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24, 81–88. <https://doi.org/10.1016/J.EATBEH.2016.12.003>
- Lowe, M. R., Piers, A. D. y Benson, L. (2018). Weight suppression in eating disorders: A research and conceptual update. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 80. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0955-2>
- Machado, P. P. P., Grilo, C. M. y Crosby, R. D. (2017). Evaluation of the DSM-5 severity indicator

- for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 221–223.
<https://doi.org/10.1002/erv.2508>
- Matthews, A., Kramer, R. A. y Mitan, L. (2021). Eating disorder severity and psychological morbidity in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eating and Weight Disorders*, 27(1), 233–242.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01168-7>
- Matthews, A., Peterson, C. M. y Mitan, L. (2019). Adolescent males with atypical anorexia nervosa and premorbid obesity: three case reports. *Eating and Weight Disorders*, 24(5), 963–967.
<https://doi.org/10.1007/S40519-019-00702-Y>
- Meierer, K., Hudon, A., Sznajder, M., Leduc, M.-F., Taddeo, D., Jamouille, O., Frappier, J.-Y. y Stheneur, C. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: evolution of weight history and impact of excess premorbid weight. *European Journal of Pediatrics*, 178(2), 213–219.
<https://doi.org/10.1007/s00431-018-3275-y>
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B. y Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y Prisma Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses: The PRISMA Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264–269.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moskowitz, L. y Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Nagata, J. M., Carlson, J. L., Golden, N. H., Long, J., Murray, S. B. y Peebles, R. (2019). Comparisons of bone density and body composition among adolescents with anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 591–596.
<https://doi.org/10.1002/EAT.23048>
- Neumark-Sztainer, D. (2009). Preventing obesity and eating disorders in adolescents: What can health care providers do? *Journal of Adolescent Health*, 44(3), 206–213.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.11.005>

- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Peebles, R., Hardy, K. K., Wilson, J. L. y Lock, J. D. (2010). Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics*, 125(5), e1993–e1201. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2008-1777>
- Phillipou, A. y Beilharz, F. (2019). Should we shed the weight criterion for anorexia nervosa? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(6), 501–502. <https://doi.org/10.1177/0004867418814958>
- Puhl, R. M. y Lessard, L. M. (2020). Weight stigma in youth: Prevalence, consequences, and considerations for clinical practice. *Current Obesity Reports*, 9(4), 402–411. <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00408-8>
- Rastogi, R., Sieke, E. H., Nahra, A., Sabik, J. y Rome, E. S. (2020). Return of menses in previously overweight patients with eating disorders. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 33(2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.11.002>
- Sawyer, S. M., Whitelaw, M., Le Grange, D., Yeo, M. y Hughes, E. K. (2016). Physical and psychological morbidity in adolescents With atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 137(4), e20154080. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4080>
- Sharafi, S. E., Garmaroudi, G., Ghafouri, M., Bafghi, S. A., Ghafouri, M., Tabesh, M. R. y Alizadeh, Z. (2020). Prevalence of anxiety and depression in patients with overweight and obesity. *Obesity Medicine*, 17, 100169. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2019.100169>
- Shephard, R. J. (2018). Does it matter if I am overweight? 2. Some psycho-social consequences. *Health & Fitness Journal of Canada*, 11(3), 22–66. <https://hfjc.library.ubc.ca/index.php/HFJC/article/view/263>
- Shian Ming, T., Lin Miao Shan, P., Kuek Shu Cen, A., Ee Lian, L. y Boon Swee Kim, E. (2014). Men do get it: eating disorders in males from an Asian perspective. *Journal of Psychiatry*, 15(1), 72–82.
- Sim, L. A., Lebow, J. y Billings, M. (2013). Eating disorders in adolescents with a history of obesity. *Pediatrics*, 132(4), e1026–e1030. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3940>

- Sonneville, K. R. y Lipson, S. K. (2018). Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(6), 518–526. <https://doi.org/10.1002/EAT.22846>
- Steinhausen, H. -C y Glanville, K. (1983). A long-term follow-up of adolescent anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.1983.TB06974.X>
- Strober, M., Bowen, E. y Preble, J. (1985). Predictors of weight change in juvenile anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 605–608. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(198511\)4:4%3C605::AID-EAT2260040419%3E3.0.CO;2-9](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(198511)4:4%3C605::AID-EAT2260040419%3E3.0.CO;2-9)
- Swenne, I. (2016). Influence of premorbid BMI on clinical characteristics at presentation of adolescent girls with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 16(1), 81. <https://doi.org/10.1186/S12888-016-0788-7>
- Tan, J. O. A., Corciova, S. y Nicholls, D. (2019). Going too far? How the public health anti-obesity drives could cause harm by promoting eating disorders. In K. Cratsley & J. Radden (Eds.), *Developments in Neuroethics and Bioethics* (Vol. 2, pp. 235–264). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/bs.dnb.2019.04.009>
- Taylor, S. A., Ditch, S. y Hansen, S. (2018). Identifying and preventing eating disorders in adolescent patients with obesity. *Pediatric Annals*, 47(6), e232–e237. <https://doi.org/10.3928/19382359-20180522-01>
- Turner, M. M., Ford, L., Somerville, V., Javellana, D., Day, K. R. y Lapinski, M. K. (2020). The use of stigmatizing messaging in anti-obesity communications campaigns: Quantification of obesity stigmatization. *Communication Reports*, 33(3), 107–120. <https://doi.org/10.1080/08934215.2020.1793375>
- Valois, D. D., Davis, C. G., Buchholz, A., Obeid, N., Henderson, K., Flament, M. y Goldfield, G. S. (2019). Effects of weight teasing and gender on body esteem in youth: A longitudinal analysis from the REAL study. *Body Image*, 29, 65–73. <https://doi.org/10.1016/J.BODYIM.2019.02.009>
- van Eeden, A. E., van Hoeken, D. y Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

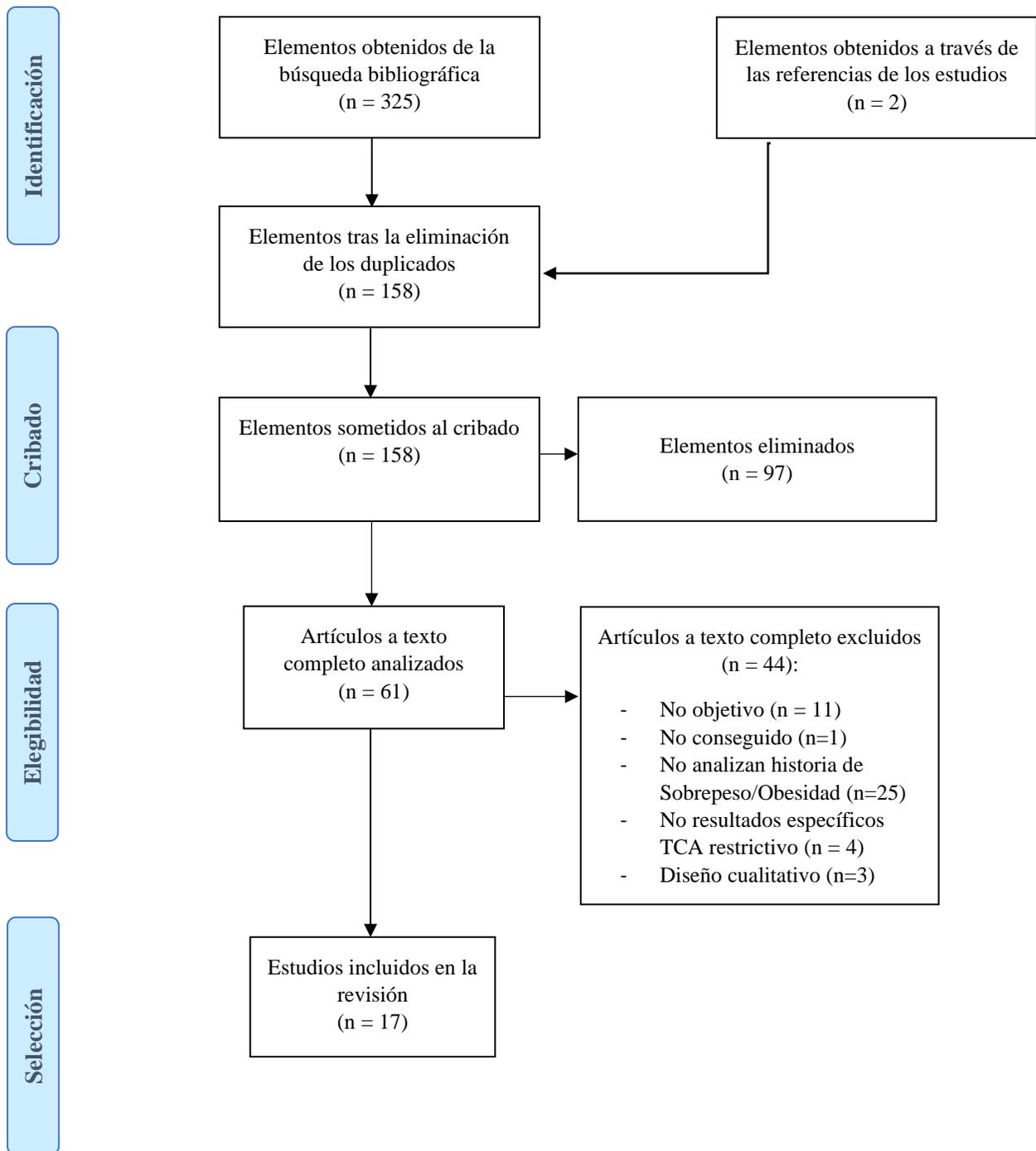
- Vartanian, L. R. y Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, *102*, 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Veillette, L. A. S., Serrano, J. M. y Brochu, P. M. (2018). What's weight got to do with it? Mental health trainees' perceptions of a client with anorexia nervosa symptoms. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2574. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.02574/BIBTEX>
- Vo, M., Accurso, E. C., Goldschmidt, A. B. y Le Grange, D. (2017). The impact of DSM-5 on eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(5), 578–581. <https://doi.org/10.1002/EAT.22628>
- Welch, E., Ghaderi, A. y Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 45. <https://doi.org/10.1186/S12888-015-0419-8>
- Whitelaw, M., Lee, K. J., Gilbertson, H. y Sawyer, S. M. (2018). Predictors of complications in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa: Degree of underweight or extent and recency of weight loss? *Journal of Adolescent Health*, *63*(6), 717–723. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2018.08.019>

ANEXOS

Anexo 1: ecuación de búsqueda utilizada

"Historical weight", "historical obesity", "historical overweight", "weight history", "obesity history", "overweight history", "premorbid weight", "premorbid obesity", "premorbid overweight", "pediatric overweight", "weight development", "historical BMI", "premorbid BMI", "Pediatric obesity", BMI History", "B.M.I history", "anorexia nervosa", "partial anorexia", "partial syndrome" and "anorexia", "subthreshold" and "anorex*", "anorexia spectrum", "DSM-5" and "anorexia", "prodrom*" and "anorex*", "higher-weight" and "anorex*", "sub-clinical" and "anorex*", "atypical" and "anorexia", "higher-weight" and "restrictive eating disorder*", "subclinical" and "anorex*", "sub-threshold" and "anorex*", "subsyndromal anorex*", "higher-weight anorex*", "EDNOS-wt", "weight suppression" and "anorexia", "weight suppression", "restrictive eating disorder", EDNOS.

Anexo 2: proceso de selección de los artículos



Anexo 3: características de los estudios seleccionados

Tabla 1. Características de las muestras de las investigaciones seleccionadas.

Autoría, año y país	N y n ¹	Edad M (DT)	Sexo	Diagnóstico	Criterios diagnósticos	Tratamiento
Bueno et al., 2014, España	N: 798 n: 175	26,2 (7,1)	F 100 %	AN 21,9 % TCANE 21,4 % BN 56,6 %	DSM-IV (SCID-I)	-
Cena et al., 2017, Italia	N: 537 n: 79	NTCA 43,6 (16,4) TCA 26,9 (10,9)	F 78 % M 22 %	NTCA 78 % TCA 22 %: - AN 45,7 % - ARFID 21,2 % - BN 16,9 % - TA 16,1 %	DSM-5	Ambulatorio
Crisp y Stonehill, 1971, Inglaterra	N: 54 n: 54	≥ 15	-	AN 100 %	No especificado	Ingreso (mayoría)
Crisp et al., 1980, Inglaterra	N: 102 n: 102	28,8 (6,2)	F 100 %	AN 100 %	No especificado	Ingreso 50 % Ambulatorio 40 % Sin tratamiento 10 %
Gueguen et al., 2012, Francia	N: 624 n: 624	-	F 96,3 % M 3,7 %	AN 100 %	DSM-IV	Ingreso
Kennedy et al., 2017, Estados Unidos	N: 522 n: 522	15,6 (2,3)	F 87,9 % M 12,1 %	AN 60,5 % ANA 39,5 %	DSM-5	Ingreso (mayoría)
Lebow et al., 2015, Estados Unidos	N: 179 n: 179	Historia s/o 15,2 (2,08) Sin Historia s/o 15,3 (2,26)	F 87 % M 13 %	AN 61,5 % TCANE-r 38,5 %	DSM-IV	-
Matthews et al., 2021, Estados Unidos	N: 106 n: 106	15,51 (1,48)	F 84,9 % M 15,1 %	AN 41,5 % ANA 58,5 %	DSM-5	Ingreso 72 % Ambulatorio 28 %
Meierer et al., 2019, Canadá	N: 172 n: 172	15,46 (en 2004) 15,29 (en 2014)	F 96,5 % M 3,5 %	AN 100 %	DSM-5	-

Tabla 1. Características de las muestras de las investigaciones seleccionadas (continuación).

Autoría, año y país	N y n ¹	Edad M (DT)	Sexo	Diagnóstico	Criterios diagnósticos	Tratamiento
Ming et al., 2014, Singapur	N: 72 n: 25	19,9 (5,56)	M 100 %	AN 36,1 % TCANE 30,5 % BN 33,3 %	DSM-IV-TR	-
Nagata et al., 2019, Estados Unidos	N: 286 n: 286	15,3 (2)	F 93 % M 7 %	AN 92 % ANA 8 %	DSM-5	-
Rastogi et al., 2020, Estados Unidos	N: 306 n: 279	Historia s/o 17,9 (2,08) Sin historia s/o 17,8 (3)	F 100 %	AN 66,7 % ANA 12,4 % ARFID 12,1 % BN 8,8 %	DSM-5	Ingreso + Ambulatorio
Sawyer et al., 2016, Australia	N: 256 n: 159	≤ 19	F 92,6 % M 7,4 %	AN 46 % ANA 16 % Otro 38 %	DSM-5 (EDE)	Ingreso 27 % Ambulatorio 73 %
Steinhausen y Glanville, 1983, Alemania	N: 21 n: 21	24,6	F 100 %	AN 100 %	Criterios de Feighner et al. (1972)	-
Strober et al., 1985, Estados Unidos	N: 65 n: 65	15,1	F 100 %	AN 100 %	Criterios de Feighner et al. (1972)	Ingreso
Swenne, 2016, Suecia	N: 275 n: 266	≤ 18	F 100 %	AN 12 % TCANE-r 84,7 % BN 3,3 %	DSM-5	-
Welch et al., 2015, Suecia	N: 664 n: 628	≤ 18	F 91,3 % M 8,7 %	AN 14,9 % ANA 79,7 % BN 2,7 % Otro 2,4 %	DSM-5	-

Notas: ¹N: número total de participantes; n: número de participantes con un TCA de tipo restrictivo. ²Sexo: F (femenino); M (masculino). ³Diagnóstico. AN: Anorexia Nerviosa; ANA: Anorexia Nerviosa Atípica; ARFID: desorden de ingesta alimentaria evitativa o restrictiva; BN: Bulimia Nerviosa; NTCA: Sin Trastorno de la conducta alimentaria; TA: Trastorno por atracón; TCA: Trastorno de la conducta alimentaria; TCANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TCANE-r: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado de tipo restrictivo. ⁴Historia s/o: Pacientes con historia de sobrepeso u obesidad; Sin historia s/o: Pacientes sin historia de sobrepeso u obesidad.

Anexo 4: características y resultados relevantes de los estudios

Tabla 2. Características y resultados relevantes de los estudios

Autoría y año	Sobrepeso/ Obesidad ¹	Instrumentos de medida ²		Hallazgos de interés
		(TCA)	Otros	
Bueno et al., 2014	Obesidad IMC > 30 kg/m ²	EAT-40; EDI-2; BITE	Psicopatología: SCL-90 R Personalidad: TCI-R Impulsividad: SCID-I	Entre las personas con un comienzo tardío de un TCA (>25 años) la obesidad actual (25,8% vs 5,9%) y pasada eran más comunes (37,3 % vs. 15,6 %). Entre las participantes con comienzo típico (<25 años) y AN la historia de obesidad era poco común (1,9 %).
Cena et al., 2017	Infantil: Sobrepeso IMC> P85; Obesidad IMC> P95. Puberal: Puntos de corte (Cole y Lobstein, 2012)	-	-	La presencia de una historia de sobrepeso u obesidad en la infancia era más alta entre personas con un TCA, especialmente TA. El sobrepeso u obesidad infantiles se relacionaron con tener el triple de posibilidades de desarrollar TA, el doble de posibilidades de sufrir BN y ARFID, pero no se relacionó con la AN.
Crisp y Stonehill, 1971	Sobrepeso > 110 % MPMW	-	-	Gran parte de las participantes con AN tenían sobrepeso u obesidad al comenzar a hacer dieta (57,4 %). En la mayoría de las pacientes la amenorrea apareció tras una pérdida igual o mayor al 10 % del peso, sin ser necesario un estado de insuficiencia ponderal. Un 7,7 % tenían sobrepeso al comienzo de la amenorrea. Con una dieta saludable, la menstruación reaparecía con un peso cercano al MPMW. La media de peso al comienzo de la dieta en pacientes con AN era 6 kilos mayor (significativo) a la media de peso de la población ajustada.
Crisp et al., 1980	Obesidad > 115 % MPMW	-	-	La historia de obesidad estaba presente en un 28 % de las participantes con AN.
Gueguen et al., 2012	Sobrepeso IMC > 25 kg/m ²	EAT-40; EDI; BITE	Psicopatología: SCL-90-R	La historia de sobrepeso era más frecuente en hombres que en mujeres (39 % vs 13 %).
Kennedy et al., 2017	Sobrepeso IMC > 25 kg/m ²	-	-	Las y los participantes con historia de sobrepeso u obesidad tenían un IMC mayor (99,8 vs 85,2 %IMCm) y una mayor pérdida de peso (27,4 % vs 16,2 %), además un 7,9 % de seguían teniendo sobrepeso u obesidad cuando se hizo el diagnóstico. No hubo diferencias significativas en la duración de la enfermedad. La historia de sobrepeso u obesidad era más común en hombres que en mujeres (30,2 % vs 17,9 %), en participantes no blancos/as que en blancos/as (26,8 % vs. 17,6 %) y en personas con ANA que con AN (66,3 % vs. 33 %). Las y los participantes con una historia de sobrepeso u obesidad tenían menos probabilidades de recibir tratamiento con ingreso debido a presentar un peso mayor.
Lebow et al., 2015	Sobrepeso IMC > P85	EDE-Q	-	La prevalencia de una historia de sobrepeso fue de un 36,7 % (17 % sobrepeso y 19% obesidad). Estos casos tuvieron una mayor pérdida de peso (5,37 kg/m ² vs 3,57kg/m ²), mayor IMC (20,03 vs 16,89) y una mayor duración del trastorno hasta su identificación (aproximadamente 10 meses más, 8,71). No hubo diferencias en los síntomas (EDE-Q) o la gravedad del trastorno.

Tabla 2. Resumen y características de los estudios (continuación)

Autoría y año	Sobrepeso/ Obesidad	Instrumentos de medida		Hallazgos de interés
		(TCA)	Otros	
Matthews et al., 2021	Sobrepeso %IMCm \geq P85 Obesidad %IMCm \geq P95	EDE-Q	Ansiedad y depresión: RCADS	Una historia de sobrepeso u obesidad estaba presente en el 40 % de los casos. Estos casos se presentaban con un IMC más alto (46,1 vs 17,26 %IMCm), una mayor pérdida de peso (25,44% vs 16,4%), mayor severidad de los síntomas (EDE-Q) y mayores puntuaciones de depresión y ansiedad. También recibían más burlas por parte de sus iguales y los padres y madres hacían más comentarios sobre su propio (pero no sobre el peso del o la paciente), todo esto se relacionó con la severidad de los síntomas. Además, el IMC parental también era mayor (30,08 vs 27,18). La historia de sobrepeso u obesidad era más frecuente en hombres (68,75 % vs. 35,6 %) y un diagnóstico de ANA (53,2 % ANA vs 22,7 % AN). No se hallaron diferencias significativas en la duración del trastorno o tipo de tratamiento.
Meierer et al., 2019	Sobrepeso IMC > P85 Obesidad IMC > P95	-	-	La prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad fue de un 32 % en 2004 y de un 29,5 % en 2014. En estos casos la pérdida de peso fue mucho mayor (6,86 -2004- 6,65 -2014- vs 3,8 y 3,6 IMC) y más rápida (2,6 vs 1,6kg/mes) y presentaron un IMC mayor (19,4 vs 17,3), una frecuencia cardíaca menor (65 vs 70 pulsaciones/min), mayor duración de la amenorrea (11,1 meses vs 7,8 meses) y más probabilidades de tener atracones (44 % vs 24,6 %). La presión sanguínea fue más baja en el grupo sin historia de sobrepeso. No se encontraron diferencias significativas en la duración de la enfermedad, porcentajes de recuperación o tipo de tratamiento recibido. Tampoco en otros síntomas (fatiga, hipotensión ortostática, acrocianosis, tiempo de relleno capilar). Tras la recuperación, el peso medio era más alto (21,57 vs. 19,53 IMC), y un 28,57% de los casos con historia de sobrepeso fueron dados de alta con sobrepeso.
Ming et al., 2014	-	-	-	La prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad entre hombres con AN fue de un 56 %.
Nagata et al., 2019	Sobrepeso IMC > P85	-	Composición ósea y corporal: Absorciometría de rayos X de energía dual	Un 20.4 % de los y las participantes tenían una historia de sobrepeso. Esta era más común en hombres (44,4 % vs 18,4 %). Estos casos presentaban una mayor duración de la enfermedad (11,5 vs 7 meses) y un IMC más alto (17,9 vs 15,7). Los valores de CMO (contenido mineral óseo) (0,83 vs 0,88), DMO de la columna vertebral, cadera y cuello femoral (densidad mineral ósea) y ILBG (índice de masa corporal magra) (0,8 vs 1,1) fueron más altos entre los y las participantes con historia de sobrepeso u obesidad. No hubo diferencias significativas en el IGC (índice de grasa corporal) o en la prevalencia de la amenorrea.

Tabla 2. Resumen y características de los estudios (continuación)

Autoría y año	Sobrepeso/ Obesidad	Instrumentos de medida		Hallazgos de interés
		(TCA)	Otros	
Rastogi et al., 2020	Sobrepeso: IMC > P85 (<20 años) IMC > 25 (≥ 20 años)	-	-	Entre los TCA de tipo restrictivo, la prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad fue de un 29,4 % (AN 25,5%; ANA 57,9%; ARFID 21,6 %). En todo el grupo, aquellos/as con historia de sobrepeso u obesidad presentaban una mayor duración de la enfermedad (14 meses más), mayor pérdida de peso y un IMC más alto (20,6 vs 18,1), además, tenían mayor probabilidad de ser diagnosticados de ANA o BN, mientras que el grupo con una historia de normopeso tenía mayor probabilidad de ser diagnosticado de AN o ARFID. No se encontraron diferencias en la amenorrea y la recuperación del periodo, pero las participantes con una historia de sobrepeso u obesidad habían recuperado menos porcentaje de su peso anterior cuando recuperaron la menstruación.
Sawyer et al., 2016	Sobrepeso IMC > P85 Obesidad IMC > P95	EDE	Psicopatología y autolesiones: M.I.N.I Tendencias obsesivo-compulsivas: CY-BOCS, YBC-EDS Depresión: CDI Autoestima: RSE	La prevalencia de una historia de sobrepeso u obesidad fue 27,5% en los casos de AN y ANA, siendo esta mayor en los casos de ANA que en los casos de AN (71 % vs 12 %).
Steinhausen y Glanville, 1983	-	EAT, Cuestionario de actitudes	-	Un 23.8 % de las participantes tenía una historia de obesidad. Esta característica se relacionó con una peor prognosis a largo plazo. Una mayor pérdida de peso (> 29%) se relacionó con peores puntuaciones totales, una actitud más negativa hacia los padres, mayor miedo a engordar, mayor negación y mayor perturbación de las señales de hambre durante el seguimiento.
Strober et al., 1985	-	-	-	La historia de obesidad se relacionó con un menor aumento de peso en la recuperación.
Swenne, 2016	-	EDE-Q	Muestras de sangre Depresión: MADRS-S	Los y las pacientes con una historia de IMC más alto (> 2DT) fueron un 9%. Estos tuvieron una mayor pérdida de peso (14,3 kg vs 4,5-9,5kg en el resto de las categorías de IMC), se presentaron con un IMC más alto y fueron mayormente diagnosticados con un TCANE. La edad de comienzo del trastorno, las cogniciones patológicas y complicaciones físicas no tuvieron diferencias significativas entre los grupos de IMC. Las puntuaciones EDE y de depresión fueron más altas entre los casos con un IMC previo superior a la media en comparación a los casos con un IMC menor a la media). La presión sistólica sanguínea fue más baja entre los grupos de menor IMC.

Tabla 2. Resumen y características de los estudios (continuación)

Autoría y año	Sobrepeso/ Obesidad	Instrumentos de medida		Hallazgos de interés
		(TCA)	Otros	
Welch et al., 2015	Obesidad: IMC > 2SD	-	-	La historia de obesidad fue más prevalente en hombres que en mujeres (20,1 % vs 9,6 %).

Notas: ¹Puntos de corte para el sobrepeso y la obesidad. IMC: Índice de Masa Corporal (kg/m²); IMC > P85: Índice de Masa Corporal superior al percentil 85; IMC > P95: Índice de Masa Corporal superior al percentil 95; IMC > 2SD: Índice de Masa Corporal superior a dos desviaciones típicas por encima de la media; %IMC_m: porcentaje de mediana del IMC; %IMC_m ≥ P85: porcentaje de mediana del IMC superior al percentil 85; %IMC_m ≥ P95: porcentaje de mediana del IMC superior al percentil 95; %MPMW: porcentaje de peso medio de la población ajustada (del inglés Matched Population Mean Weight). ²Instrumentos de medida: Sintomatología: BITE: Test de Bulimia de Edimburgo; Cuestionario de actitudes: Cuestionario de actitudes de la Anorexia Nerviosa de Goldberg; EAT-40: Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (Eating Attitudes Test); EDE-Q: Cuestionario para el Trastorno de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Examination); EDI: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory); EDI-2: Segunda versión del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Eating Disorder Inventory). Otros: CDI: Inventario de depresión infantil; CY-BOCS: Escala de Yale Brown versión niños y adolescentes; MADRS-S: Escala Montgomery-Asberg para la evaluación de la depresión; M.I.N.I: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; RCADS: Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes; RSE: Escala de Autoestima de Rosenberg; SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV; SCL-90R: El Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado; TCI-R: Inventario de temperamento y carácter revisado (Revised Temperament and Character Inventory); YBC-EDS: Escala de Yale-Brown-Cornell para Trastornos de la Conducta Alimentaria (The Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale).