



REVISTA MEXICANA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

MEXICAN JOURNAL OF EATING DISORDERS

<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/amta/>



ARTÍCULO

Binge eating disorder: analysis and treatment



Eva Cuadro y José I. Baile*

Facultad de Ciencias de la Salud y la Educación, Universidad a Distancia de Madrid, Madrid, España

Recibido el 25 de mayo de 2015; aceptado el 29 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2015

KEYWORDS

Eating disorders;
Binge eating disorder;
Binge;
Overeating

Abstract Binge eating disorder (BED), was formally recognized in the DSM-5 (APA, 2014) as an eating disorder, and considered the most common eating disorder among obese people, which embraces significant part of the whole population. Its dramatic raise above bulimia and anorexia nervosa, which are binge eating disorder alarming signals, made researchers in this field consider this health problem as extremely serious at the beginning of the XXI century.

This review takes the issue of conceptualization as well as the most effective psychological treatments into consideration having in mind that the cognitive-behavioral approach seems to be the most complete and comprehensive choice which builds up the basis for adequate treatment.

The most serious difficulty to be highlighted in this review is the origin, development and maintenance of reluctance patients' within the emotional processing, which has been associated to binge eating disorder previously.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la conducta alimentaria;
Trastorno por atracón;
Atracón;
Sobreingestión compulsiva

El trastorno por atracón: análisis y tratamientos

Resumen El trastorno por atracón es reconocido formalmente en el DSM-5 (APA, 2014) como trastorno de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos, siendo considerado el más frecuente en población obesa, e incrementando su presencia rápidamente frente al resto en población general. Su crecimiento de forma alarmante y por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI.

Esta revisión estudia su conceptualización, así como los tratamientos psicológicos más eficaces en cuanto a su abordaje terapéutico, teniendo presente en este sentido, que la perspectiva

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseignacio.baile@udima.es (J.I. Baile).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

cognitivo-conductual parece ser la alternativa más completa e integradora, sobre la cual se cimenta su adecuado manejo.

Un aspecto a destacar en esta revisión es la importancia que tiene en su origen, desarrollo y mantenimiento, la dificultad de un procesamiento emocional por parte del sujeto, que ya ha sido asociada a los trastornos de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos con anterioridad.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Introducción

El trastorno por atracón (TPA) se conoce desde la década de los años 50 del siglo XX en estrecha relación con la bulimia nerviosa (BN), y hace aparición en el contexto de la obesidad, a los ojos de una cultura en la que la imagen y la delgadez hacen ver dichas situaciones corporales como algo más que censurable. Sin embargo, a pesar de la paradoja, serán los trastornos del comportamiento alimentario el caldo de cultivo de su gestación y verdadero desarrollo. A pesar de la complicación del cuadro y la novedad del reconocimiento oficial del trastorno, su abordaje terapéutico no deja de ser optimista. En la actualidad disponemos de excelentes tratamientos de base desarrollados para la BN, que han sido adaptados a este trastorno, como el tratamiento cognitivo conductual (TCC), que parece ofrecer resultados muy positivos cara a un adecuado abordaje del mismo, entre otros.

Los objetivos de la presente revisión son los siguientes:

Objetivo general:

1. Incrementar el conocimiento del TPA, desde sus diferentes perspectivas clínicas.

Objetivos específicos:

1. Aportar una visión del estado actual del TPA como una entidad psicopatológica con criterios diagnósticos propios, que lo diferencian de la anorexia nerviosa (AN) y la BN, los trastornos de la conducta alimentaria y de ingestión de alimentos (TCAIA) más estudiados e investigados hasta el momento.
2. Referenciar los tratamientos que a día de hoy han sido considerados como los más eficaces y completos cara al abordaje de este trastorno.

Características del trastorno por atracón

Evolución histórica del concepto de trastorno por atracón

El TPA se caracteriza, como su nombre indica, por un estilo de alimentación fundamentado por el comportamiento compulsivo a través de atracones, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se come (Baile, 2014). Pero *¿qué entendemos por comer de manera compulsiva?* Este concepto no se refiere a una casual y simple ruptura del patrón alimentario del sujeto. Este trastorno

se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno (DSM-5 American Psychiatric Association-APA, 2014).

Fairburn (1998) concreta los rasgos que caracterizan un verdadero episodio de atracón, siendo estos: la importante cantidad de alimentos ingeridos en un determinado tiempo, así como el sentimiento de pérdida de control.

Como un antecedente temprano en la temática, podemos citar las observaciones de Hamburger (citado en Lladós y Sábado, 2011), quien en 1951 identificó en una muestra de obesos un tipo de hiperfagia que se singularizaba por deseos compulsivos por la comida. Sin embargo según Casado (2013) sería A.J. Stunkard en 1959, a través de observaciones con pacientes obesos, quien emplea concretamente el término atracón «binge», para definir el tipo de sobreingesta que creía caracterizaba a esta población concreta, estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y lo que sería el futuro TPA. La figura 1, muestra un breve recorrido histórico en la evolución del concepto y como este hace tímida aparición en cada uno de los TCAIA, hasta constituirse «el atracón» en el eje de un trastorno psicopatológico independiente, con criterios diagnósticos propios.

En la actualidad ya se consideran los criterios diagnósticos propuestos para el TPA en el DSM-5 (American Psychiatric Association-APA, 2014), en el que se especifica que el episodio no se asocia a la presencia recurrente de una conducta compensatoria inadecuada, frente al subtipo de BN no purgativa, que sí contempla el uso de medidas compensatorias alternativas no purgativas, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo.

Es necesario tener presente que los episodios de atracón desde DSM-IV se definen sin distinción entre diagnósticos, como una entidad común que se presenta en la BN, la AN de tipo compulsivo y en el TPA. La diferencia que encontramos en los distintos TCAIA se centra, principalmente, en el resto de los criterios diagnósticos, siendo el atracón un comportamiento o episodio compartido por todos ellos.

Diagnóstico diferencial

Los TCAIA parecen situarse en un continuo de severidad no lineal con consecuentes extremos. Frente a la evidente desnutrición que aflora en la AN, en su polo opuesto encontramos la obesidad más severa, respuesta a una sobre-alimentación habitual, salteada con frecuentes episodios de

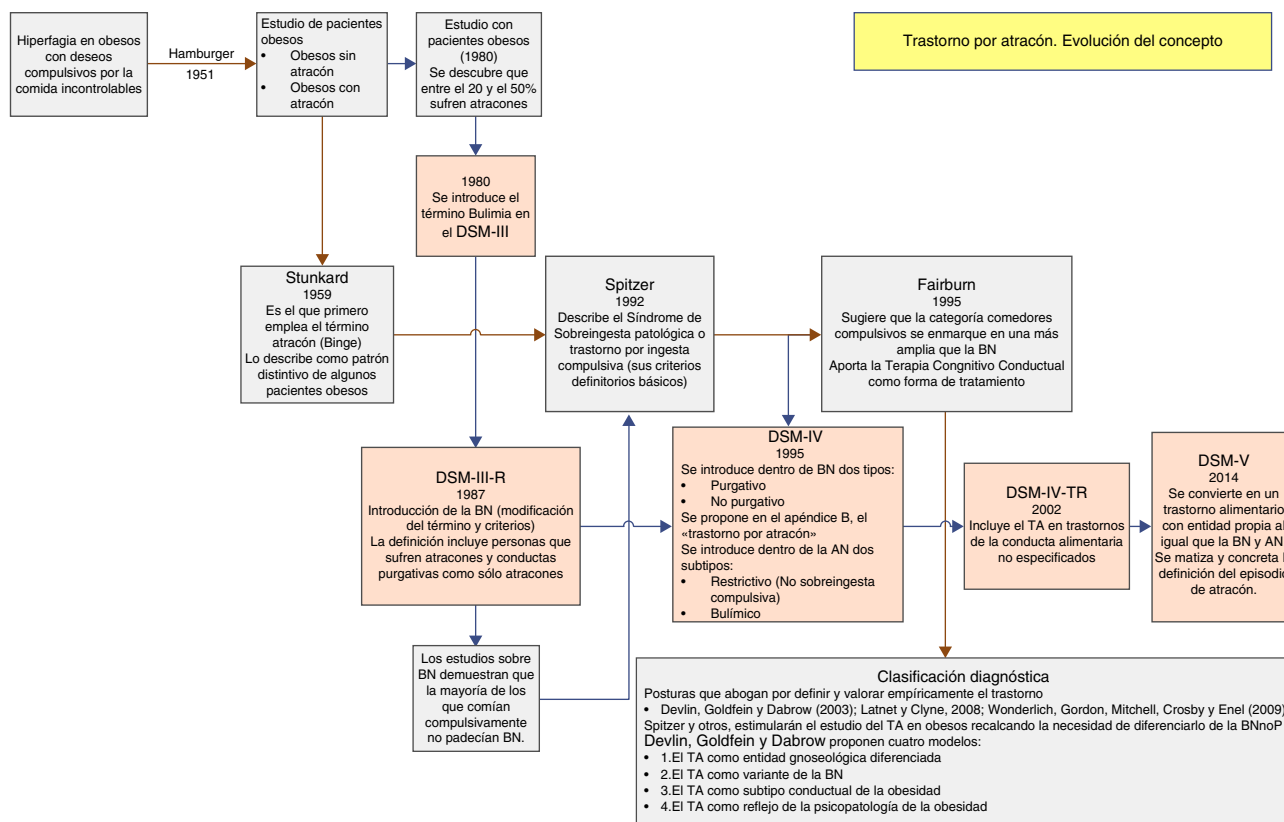


Figura 1 Trastorno por atracón. Evolución del concepto. Adaptado de Casado, 2013; Fairburn, 1998; Lladós y Sábado, 2011; Raich, 2011; Rueda, 2005.

atracón. Aspectos como el estatus nutricional, las medidas de control de peso empleadas por el sujeto o la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal, entre otros, matizan los finos límites en los que se enmarcan estos trastornos.

Las dificultades más habituales para el diagnóstico diferencial se hallan con la BN dado que en ambos trastornos aparecen episodios de atracón, con similares características, no obstante en el TPA los episodios de atracón no son compensados con conductas típicas de la BN, como las purgas o el ejercicio físico, y en TPA no existe tanta insatisfacción corporal como en BN. En algunos otros trastornos, como en algunos de personalidad o del estado de ánimo, pueden surgir episodios de atracón, pero siendo estos totalmente secundarios a otro trastorno principal, lo cual permite su distinción del TPA.

La tabla 1 recoge de forma sintetizada las diferencias y semejanzas cardinales encontradas entre los principales TCAIA.

Modelos explicativos de los atracones y factores de riesgo

La restricción alimentaria parece ser un patrón de conducta compartido no solo por la AN, la BN, y en menor medida en TPA (Grilo, 2002), sino también por aquellos sujetos que sufren de obesidad. Según Lladós y Sábado (2011), Herman y Polivy en 1980 en su Teoría de la Restricción Alimentaria observan que el implicarse de forma habitual en

el desarrollo de dietas más o menos restrictivas, puede dar lugar a que se rompa la dieta y se coma en exceso cuando ocurren ciertos estados emocionales, como la depresión o la ansiedad. Sin embargo, a pesar del apoyo que presenta la restricción dietética como factor etiológico del atracón, las posturas son encontradas. Un aspecto importante a tener en cuenta es que aunque la relación establecida entre dieta restrictiva y atracón (que un proceso previo de restricción alimentaria genere al final una mayor voracidad y por tanto la necesidad de comer compulsiva) parece ser más evidente en la BN, en el TPA se discute en mayor medida, en tanto el principal escollo encontrado se observa al tratar de definir y delimitar el término dieta.

En hipótesis tales como la de la ingesta emocional y la de la externalidad de Schachter (considerados dos de los modelos explicativos de la obesidad), que Saldaña (1994) recoge, quien sostiene que podrían ser aplicados al TPA, si tenemos presente que un importante número de sujetos que lo sufren son obesos. La hipótesis de la externalidad sugiere que el sujeto con peso normal regula su ingesta orientado por estímulos principalmente internos como son el hambre y la saciedad fisiológicas, frente al sujeto con sobre-peso, observándose en ellos, un déficit en este aspecto. Sin embargo, la hipótesis de la ingesta emocional como modelo explicativo del atracón da a entender que son los estados emocionales los que desencadenan en mayor medida su inicio. En este sentido, los episodios de atracón tendrían la finalidad de paliar un estado de ánimo, en el que los niveles de ansiedad se disparan.

Tabla 1 Diagnóstico diferencial

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario					
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Peso corporal	15% o más por debajo del peso normal (rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para su talla y edad)	15% o más por debajo del peso normal (rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para su talla y edad)	10% por encima o por debajo del peso normal	10% por encima o por debajo del peso normal	Sobrepeso u obesidad
Control alimentario	Control alimentario extremo				Descontrol alimentario: atracones
Estatus nutricional	Muy delgado	Muy delgado	Peso normal	Peso normal	Sobrepeso u obesidad
Episodios de atracón	No	Sí. <i>Ingesta compulsiva subjetiva</i> ; alimentos en pequeñas cantidades cuya ingesta les parece excesiva, que experimentan con una sensación de pérdida de control, unido a una profunda ansiedad (similitud con la ingesta compulsiva objetiva. Sin embargo no cumple los criterios diagnósticos)	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio. (<i>sentimiento de pérdida de control, no presente en sujetos obesos sin TPA</i>)
Método de control del peso más usado	Dieta severa, estricta y constante o ayuno. Ejercicio físico intenso. (Objetivos y metas en el control alimentario muy concretos, que exigen muchas restricciones).	Dietas severas. Purga (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos o enemas). (La ansiedad por el miedo a engordar es muy fuerte, lo que puede llevar a tomar medidas compensatorias)	Conductas purgativas (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, enemas) alternadas con dietas restrictivas Ejercicio físico excesivo	Dietas estrictas o ayuno. Ejercicio físico excesivo.	Dietas menos drásticas que en la bulimia o anorexia nerviosa. (Dietas menos severas o rigurosas, poco constantes o intermitentes, por ello su peso corporal puede fluctuar)

Tabla 1 (continuación)

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario					
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva	Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Insatisfacción con la imagen corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. (menor preocupación por el peso y la figura corporal frente a la AN y la BN)
Alteración de la percepción de la forma y peso corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	No. Presentan desagrado por el tamaño de su cuerpo, pero no una distorsión de la imagen corporal
Evitación de situaciones por la imagen corporal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Miedo a ganar peso	Muy intenso, patológico, aún estando emaciada	Muy intenso, patológico, aún estando emaciada	Miedo intenso a ganar peso, su vida gira alrededor de esa preocupación	Miedo intenso a ganar peso, su vida gira alrededor de esa preocupación	Moderado / leve, frente a la bulimia y a la anorexia nerviosa (menor ansiedad por el bajo temor a ganar peso frente a la bulimia y anorexia nerviosa y mayor depresión por ser incapaz de controlar la ingesta)
Influencia de la silueta y peso corporal en la autoevaluación	Exagerada.	Exagerada	Exagerada	Exagerada	Más moderada
Sentimiento de culpa o vergüenza (predominan en las que realizan atracones)	No. Sienten orgullo por lograr controlar lo que comen. Son habituales los sentimientos de culpa tras las comidas	A pesar de sentir orgullo por lograr controlar lo que comen, la culpa surge tras el atracón	Sentimiento de culpa, vergüenza o enfado tras la ingesta	Sentimiento de culpa, disgusto o vergüenza tras la ingesta	Sentirse a disgusto, deprimido o con culpa por no poderse controlar durante la ingesta

Tabla 1 (continuación)

Semejanzas y diferencias entre los principales trastornos del comportamiento alimentario						
Área problema	Anorexia nerviosa restrictiva		Anorexia nerviosa bulímica/purgativa	Bulimia nerviosa purgativa	Bulimia nerviosa no purgativa	Trastorno por atracón
Ansiedad después de comer	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí
Consciencia del trastorno	Escasa. Negación de la seriedad a pesar de su bajo peso		Escasa. Negación de la seriedad a pesar de su bajo peso	Mayor consciencia del trastorno (muestran mucha resistencia a la hora de reconocerlo)	Mayor consciencia del trastorno (muestran mucha resistencia a la hora de reconocerlo)	Mayor consciencia del trastorno, frente a la BN y a la AN
Irregularidades menstruales y amenorrea	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí (el aumento excesivo de peso puede dar lugar a un cambio hormonal e irregularidades en la menstruación)
Comidas prohibidas	Sí		Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas
Frecuencia de aparición de episodios de atracón y conductas compensatorias	<i>DSM-IV-TR</i>	No se establece	No se establece	Al menos 2 veces a la semana durante 3 meses	Al menos 2 veces a la semana durante 3 meses	Los atracones aparecen, al menos, 2 veces a la semana, durante 6 meses
	<i>DSM-5</i>	En los últimos 3 meses ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas	En los últimos 3 meses ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas	Atracones /conductas compensatorias se dan, al menos, una vez por semana, en 3 meses	Atracones /conductas compensatorias se dan, al menos, una vez por semana, en 3 meses	Los atracones se producen en promedio, al menos, una vez a la semana durante 3 meses

Fuente: Casado, 2013; Raich, 2011.

La regulación emocional implícita se estima que puede ser un mecanismo crucial en la explicación de los episodios de atracón (Robinson, Safera, Austina y Amit, 2015), lo cual podría indicarnos un objetivo para un tratamiento eficaz.

Respecto a los factores de riesgo para el TPA se ha hecho una distinción entre factores predisponentes, disparadores y mantenedores (Waller, 2002), los cuales se referirían a variables psicobiológicas y sociales (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer y Agras, 2004). No obstante, la presencia de experiencias de abuso sexual, negligencia parental o rechazo en la infancia (bullying), son factores que parecen cobrar mucha fuerza en las investigaciones y trabajos más recientes (Jewish General Hospital, 2010). Especial atención se ha dirigido a los factores disparadores, es decir ¿qué provoca el inicio de un episodio de atracón?, con especial interés dado que en TPA no es tan común la restricción alimentaria como en otros trastornos, así algunos investigadores como Abraham y Beaumont (1982) encontraban estos tres factores como los más habituales: tensión emocional, empezar a comer algo y el estar solo.

Características de la ingesta en el trastorno por atracón

La [tabla 2](#) incorpora de forma sucinta las características más sobresalientes de la ingesta en el TPA.

Comorbilidad. Curso y cronicidad del trastorno por atracón

Los diferentes resultados extraídos de investigaciones recientes, apuntan a la importancia de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el TPA. Parece que la comorbilidad psiquiátrica es ligeramente menos grave que la que presenta la BN, encontrándose con frecuencia asociados al TPA: trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo, de control de los impulsos, como la cleptomanía (aunque en menor medida que en la BN), trastornos de personalidad, como el trastorno límite de la personalidad o el evitativo, y el trastorno obsesivo compulsivo (Guisado y Vaz, 2001; Picot y Lilienfeld, 2003).

Respecto al curso clínico, según Lladós y Sábado (2011), diferentes estudios retrospectivos observan que el TPA es estable y persistente en el tiempo, calificándolo incluso de crónico; sin embargo abogan por una calificación del TPA como un trastorno temporal e inestable, frente a la BN y a la AN.

Evaluación del trastorno por atracón y tratamientos

Evaluación del trastorno por atracón

Entre los aspectos que deben considerarse a evaluar en el TPA según refieren autores como Casado (2013) encontramos: el factor peso (el método practicado por el sujeto para su control, como el empleo de dietas restrictivas realizadas, el tipo, su frecuencia, etc.), la presencia de atracones (frecuencia, duración, amplitud y alimentos que componen la misma), la sensación de pérdida de control

que puede experimentar el sujeto, la velocidad en la ingesta, la presencia o ausencia de distorsión de la imagen corporal, el estado de ánimo presente durante los episodios de atracón, así como posibles alteraciones psicopatológicas comórbidas. Con la evaluación de dichos aspectos podemos establecer un análisis funcional del comportamiento alterado del sujeto en cuestión.

Los instrumentos empleados para evaluar la conducta alimentaria en sujetos con TPA son, entre otros, los siguientes: la *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV* (Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998), la *Binge Eating Scale* (Gormally, Blackc, Dastonc y Rardin, 1982), o el *Three Factor Eating Questionnaire* (Stunkard y Messick, 1985).

Tratamientos

Fairburn (1998) observa la importancia que tiene en este tipo de trastornos una psicoterapia que pueda ofrecer resultados significativos, producir cambios y lograr una mejoría a corto y largo plazo, pues son problemas que debido al sentimiento de culpa y vergüenza que llevan aparejados, han logrado mantenerse en la clandestinidad durante años.

Tratamiento farmacológico

Una revisión sistemática de trabajos sobre el uso del tratamiento farmacológico en TPA es la de Reas y Grilo (2008), quienes llegan a estas conclusiones:

- Los tratamientos farmacológicos parecen ser eficaces en la reducción del número de atracones a corto plazo.
- No tenemos suficiente información para determinar la eficacia del tratamiento farmacológico a largo plazo si se plantea como terapia única.
- Los fármacos más eficaces para reducir el número de atracones son los fármacos antiobesidad, como la sibutramina, así como ciertos medicamentos antiepilépticos, como el topiramato.
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, como la fluoxetina, no parecen ser tan útiles como tradicionalmente se ha considerado para tratar trastornos donde el control de impulsos es clave, como aparentemente ocurre en pacientes con trastorno por atracón.

El optimismo inicial de los investigadores respecto a estos psicofármacos parece chocar en un principio, con pequeños escollos generados por sus posibles efectos secundarios, y la observación por parte de una mayoría de pacientes de una actitud bastante reacia a admitir y aceptar diligentemente que un psicofármaco sea el medio más adecuado para abordar su problema. A todo lo anterior habría que añadir un aspecto no menos importante, que es la eficacia más que cuestionada de los psicofármacos, como un tratamiento que realmente ofrezca resultados positivos a largo plazo para este tipo de trastornos, debido principalmente a su tendencia a la cronicidad.

Más recientemente Compés, Bretón, Cambor y García (2012) recogen la evidencia de una moderada efectividad de los fármacos; entre ellos encontramos la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citolapram, imipramina, sibutramina,

Tabla 2 Características de la ingesta en el trastorno por atracón

Características de la ingesta en el TPA	
Sentimientos	A corto plazo, las sensaciones experimentadas por el atracón son placenteras y positivas, sin embargo trascurrido el mismo, los sentimientos de disgusto y la ansiedad intensa aparecen, siendo conscientes, a pesar de ello, de su incapacidad para parar
Velocidad o rapidez de la ingesta	Es una ingesta muy rápida en la que apenas mastican durante el atracón, prácticamente engullen
Agitación	Durante el atracón suelen moverse de un lado a otro con un alto grado de ansiedad que les empuja a comer más y más. En algunos casos, el hecho de obtener comida se vuelve para ellos algo prioritario pudiendo robarla o tomar la que otros han tirado, conductas que ellos perciben como muy vergonzosas
Ocultación o confidencialidad	El secreto es característico al llevar a cabo el atracón. No por ello dejan de comer de forma normal en presencia de otras personas
Pérdida de control	Es una característica definitoria de la ingesta compulsiva. Esta pérdida de control puede tener lugar antes de empezar a comer, o puede desarrollarse a medida que comienza la ingesta, incluso, en otras ocasiones esta sensación de pérdida de control puede surgir cuando se dan cuenta de que están comiendo demasiado. Cuando el trastorno lleva años de desarrollo pueden llegar a pensar que los atracones son algo inevitable, disminuyendo la sensación que perciben de pérdida de control. En algunos casos llegan a planificar el atracón en aspectos como el cuándo y el dónde tendrá lugar, permitiéndoles un cierto control sobre ese descontrol
Frecuencia	Los criterios cuantitativos empleados normalmente, como el número, la frecuencia o el distanciamiento no son adecuados desde el punto de vista de algunos autores, ya que al parecer, lo que determina en mayor medida la gravedad del problema y lo que preocupa, es sobre todo, cómo el atracón interfiere en la calidad de vida, determinando su grado de deterioro
Duración	Aunque puede ser muy variable, normalmente suele tener un promedio de dos horas
Tipo de alimento consumido	Los percibidos como prohibidos, aquellos que la persona trata de evitar
Amplitud de la ingesta	La cantidad de alimento que ingiere en un episodio puede ser muy variable. Un 25% pueden llegar a superar las 2,000 calorías, un 20%, las 5,000 y, de forma muy ocasional, en un atracón se pueden llegar a consumir de 15,000 a 20,000 calorías (lo que caracteriza principalmente a estas ingestas compulsivas no es tanto su composición sino la cantidad excesiva de alimento)
Sensación de conciencia alterada	La persona suele describir el episodio como si estuviera en trance (experiencia disociativa) Adoptan un estado de pausa, parecido al congelamiento que se produce en los animales

Adaptado de [Casado, 2013](#); [Fairburn, 1998](#).

y el topiramato (este último, un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, que tiene efectos en la disminución del apetito y que ha llegado a usarse en el tratamiento de la obesidad, en el TPA y en la BN, al parecer con buenos resultados). Si bien refieren estos autores, aunque la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico parecen disminuir la frecuencia y gravedad de los atracones, a pesar de no presentar efectos importantes sobre el peso corporal, sin embargo, fármacos como la sibutramina (anorexígeno empleado para tratar la obesidad), el topiramato, la zonisamida y el orlistato, sí parecen mostrar resultados positivos en ambos aspectos, en función de los diferentes estudios que refieren. Al hilo de lo mencionado previamente, encontramos un estudio observacional ([Rubio, 2009](#)), que da a entender en base a los resultados obtenidos, la eficacia del topiramato en el tratamiento a largo plazo del TPA, asociado a la obesidad (aun así la necesidad de estudios futuros se contempla fuertemente).

De manera similar a los hallados en la BN, los fármacos antidepresivos parecen reducir la frecuencia de los atracones en el TPA frente al uso del placebo, sin embargo, su

utilidad en la disminución del peso sigue siendo objeto de estudio. Entre los fármacos que parecen ser prometedores tanto en la reducción de la frecuencia de los atracones como en la disminución del peso, encontramos el topiramato o la sibutramina, sin embargo, sus efectos secundarios, nada despreciables, hacen necesarios más estudios de replicación de los hallazgos encontrados (al tiempo que contemplar nuevos medicamentos en la búsqueda de la pérdida de peso). No hay evidencias consistentes por el momento, que observen que la TCC y los fármacos antidepresivos muestren una mayor eficacia frente a la TCC aplicada de forma exclusiva, sin embargo los resultados positivos de los mismos en la disminución de la frecuencia de atracones o pérdida de peso (orlistato –fármaco para tratar la obesidad–), hace contemplar de forma optimista su combinación con la TCC en un tratamiento escalonado para abordar el TPA.

Terapia cognitivo conductual

La amplia experiencia que ofrecen psiquiatras, psicoterapeutas e investigadores a día de hoy, detalla los beneficios que la TCC evidencia sobre los pacientes que sufren TPA.

Este tratamiento se diseñó originariamente para afrontar trastornos como la BN, y actualmente, se ha tratado de adaptar esta modalidad de psicoterapia más a corto plazo y que parece de sencilla aplicación a aquellos sujetos que sufren TPA. En este sentido [Fairburn \(1998\)](#) acoge técnicas de la terapia cognitiva para la depresión y estrategias conductuales que se estaban aplicando para el tratamiento de la obesidad. Este tratamiento pretende superar el problema de las ingestas compulsivas de manera progresiva, planificada y estructurada mediante el empleo de técnicas cognitivo-conductuales y educacionales.

La TCC en formato de autoayuda, podría tener un papel primordial como forma de tratamiento mucho más accesible, no solo para las personas con problemas de ingesta compulsiva, como la BN, sino para aquellas que sufren TPA, debido, entre otros factores, al secreto con el que se vive dicho trastorno y a un elemento de vergüenza que llevan aparejados los atracones, impidiendo a los afectados acudir a consulta en busca de ayuda. Un dato importante al respecto es, que a día de hoy, este formato de autoayuda, que adopta diferentes niveles, parece estar aplicándose a través de Internet (vía online) y está obteniendo resultados muy positivos, aunque discretos por el momento en pacientes con TPA.

No podemos obviar, que a pesar de que pacientes con problemas de ingestas compulsivas sí parecen responder a este tipo de tratamientos en su forma más simple, como el psicoeducativo, para otras personas que lo sufren presenta limitaciones, aspecto que el tratamiento propuesto por [Fairburn \(1998\)](#) tiene presente. De ahí la iniciativa de un programa de tratamiento escalonado, que a razón de la insuficiente cobertura e ineficacia de un primer nivel (la autoayuda debiera contemplarse como la primera opción elegida para abordarlo), da opción al sujeto a adoptar cuatro niveles alternativos de tratamiento, cada cual más completo e intensivo en función del caso particular. Estos niveles serían:

- El primer nivel contempla la autoayuda (aquí no cuenta con supervisión profesional).
- El segundo nivel establece la autoayuda guiada (que cuenta con supervisión profesional, no requiriendo una especialización en TCAIA).
- El tercer nivel comprende la terapia cognitiva conductual íntegra en su formato individual (aquí es prioritaria la atención de un especialista).
- El cuarto nivel comprende varias alternativas de acción en el caso de que los tratamientos establecidos en niveles previos no den resultado, entre ellas: la terapia interpersonal (una de las formas de psicoterapia focal más exploradas e investigadas), los antidepresivos y la hospitalización parcial o completa.

La posible existencia de un curso variable en la evolución del TPA, que a menudo suele remitir sin atención específica o durante el tiempo de espera del paciente para ser atendidos, apoya que la aplicación de un tratamiento escalonado y de autoayuda, sea prometedor en el abordaje adecuado de este tipo de trastornos.

Estudios comparativos actuales observan la eficacia de las diferentes formas alternativas de administración de la

TCC como tratamiento escalonado, no encontrando grandes diferencias en cuanto a la disminución de la frecuencia de atracones entre las diferentes modalidades de tratamiento ([Brown y Keel, 2012](#)).

La TCC ofrece resultados de mejora, entre otros aspectos, no solo en la disminución de la frecuencia de atracones y tasas de remisión frente al no tratamiento, sino también en aspectos como la autoestima y el ajuste social, estos resultados positivos de mejora son muy similares a los encontrados en la aplicación de la terapia interpersonal (TIP).

En este sentido aún queda bastante por investigar, teniendo presente que se están perfeccionando y afinando los diferentes instrumentos que permitan detectar y evaluar en mayor medida a este tipo de pacientes. La elección final vendría determinada en mayor medida no solo por las prioridades del sujeto, sino también, por sus inclinaciones o disponibilidad de recursos.

Terapia interpersonal

Como hemos mencionado previamente una forma de psicoterapia focal que parece ser adecuada para encarar de forma eficaz el TPA es la terapia interpersonal, diseñada en sus orígenes para tratar la depresión. Investigadores de Stanford encuentran que un tratamiento grupal, basado en esta terapia, puede ser esperanzador para el TPA ([Fairburn, 1998](#)). Con la TIP se trabajan los aspectos emocionales asociados a las relaciones interpersonales, los cuales pueden estar fuertemente implicados en la etiología del comportamiento alimentario alterado.

Estudios comparativos actuales entre la TIP y la TCC ([Hilbert, Hildebrandt, Agras, Wilfley y Wilson, 2015](#); [Iacovino, Gredysa, Altman y Wilfley, 2012](#)) han mostrado resultados muy similares en cuanto a la reducción de la tasa de atracones de forma significativa, a pesar de que el mantenimiento a largo plazo de estos resultados tan optimistas aún sigue siendo objeto de una mayor investigación. No por ello podemos negar la evidencia de que ambos tratamientos han sido considerados, por el momento, los más eficaces para abordar este trastorno.

Terapia dialéctica conductual

Según [Pérez \(2011\)](#) una de las intervenciones psicoterapéuticas en las que la atención plena o «mindfulness» se emplea de forma activa, y que al parecer ha demostrado su eficacia respecto al trastorno por atracón es la terapia dialéctica conductual, adaptada a este trastorno. Esta terapia parece mostrar tímidamente resultados muy positivos y prometedores de cara al tratamiento del TPA ([Sánchez-Planell y Fernández-Valdés, 2005](#)). [Pérez \(2011\)](#), profesora asociada de Psiquiatría en la Universidad Autónoma de Madrid, aboga de manera decidida por el empleo de este tipo de técnicas. Recoge la idea de la existencia de estudios científicos que avalan este tipo de intervenciones terapéuticas, por ejemplo, la terapia dialéctica conductual adaptada para el TPA y la BN. En un principio esta terapia se desarrolló para abordar el trastorno límite de la personalidad, pero ha llegado a modificarse con éxito para el TPA. Conviene mencionar que el trastorno límite de la personalidad, es muy comórbido con el TPA, e influye de forma bastante importante en el estilo general que puede presentar la patología alimentaria.

Desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares

La técnica de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares, conocida como EMDR, es considerada a día de hoy como un enfoque psicoterapéutico integral (Shapiro, 2001), y se ha utilizado en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, fundamentalmente en los aspectos relativos a la imagen corporal (Bloomgarden y Calogero, 2008), aunque los resultados de las investigaciones son todavía escasos y controvertidos (Hudson, Chassec y Pope, 1998).

Trastorno por atracón y obesidad

El TPA, parece agravar el pronóstico de un cuadro de obesidad simple en su primer desarrollo. El porcentaje de alteraciones psicopatológicas que trae aparejado el TPA, especialmente los trastornos afectivos, hacen que un paciente con TPA y obesidad presente en mayor medida un peor pronóstico en su desarrollo, frente al sujeto obeso sin TPA. En este sentido, una persona que sufre de TPA y obesidad acarrea al mismo tiempo el desarrollo de una obesidad más temprana, puntuaciones más altas en escalas de insatisfacción corporal, unida a una mayor preocupación por el peso y la figura corporal, sentimientos de pérdida de control asociado al episodio, ausente en los pacientes obesos sin TPA, así como el inicio más temprano en la realización de dietas, entre otros.

Lladós y Sábado (2011) recogen la idea de que en la relación entre TPA y obesidad aún hay controversias, acerca de si este deber ser visto y entendido como precedente, consecuente o comórbido a la obesidad (aunque la dirección entre ambas parece ser bidireccional, las posturas están encontradas). En este sentido Fairburn (1998) recoge varias alternativas posibles: que los episodios de ingesta compulsiva pueden ayudar a desarrollar una futura obesidad, que una persona obesa (con predisposición al sobrepeso genéticamente) puede desarrollar, a raíz de la práctica de una dieta restrictiva, episodios de atracón, y por último que estos episodios de atracón serían elementos a tener en cuenta en el mantenimiento y peor pronóstico en el desarrollo de la obesidad.

Conclusiones

El TPA es un nuevo trastorno de comportamiento alimentario reconocido como tal por las clasificaciones internacionales, como el DSM-5, sobre dicho trastorno existen datos de diversas investigaciones que nos aportan información sobre su perfil psicopatológico, pero todavía muy limitados y excesivamente relacionadas con el componente compulsivo de la BN. Con la concreción de sus criterios diagnósticos es previsible un mayor conocimiento del mismo, así como una mejora del diagnóstico diferencial.

El TPA se caracteriza por episodios de descontrol alimentario, donde el sujeto ingiere una cantidad ingente de calorías con una sensación de pérdida del control, sin realizar posteriormente ninguna conducta compensatoria. La falta de control en el episodio de atracón es, quizá, la característica singular de este trastorno alimentario, así como la

ausencia, en muchos casos, de un periodo previo restrictivo, lo cual le aleja de lo que suele aparecer en AN y BN.

Existen diversas técnicas evaluativas, incluidos test específicos en el mundo anglosajón, que permiten establecer perfiles y puntos de corte diagnóstico, aunque la mayoría de ellas se realizaron cuando el trastorno no era reconocido como tal y con criterios diagnósticos diferentes a los actuales, por lo cual deberían revisarse. La mayoría de las técnicas han sido diseñadas para población anglosajona y existen pocas traducciones y adaptaciones a población hispanohablante.

El estado actual del TPA observa un panorama optimista en cuanto abordaje terapéutico se refiere, a pesar de la novedad del trastorno, y la evidente escasez de estudios existentes frente a la AN y BN. Se dispone de datos sobre la eficacia parcial del tratamiento psicofarmacológico, y de aceptables niveles de recuperación con terapia cognitivo conductual, la cual puede aplicarse en diferentes modalidades. La terapia interpersonal también parece ofrecer buenas perspectivas terapéuticas.

Como líneas futuras de investigación se sugiere:

- Elaborar pruebas de evaluación y diagnósticas adaptadas a población no anglosajona.
- Depurar la eficacia de las diferentes modalidades de aplicación de la TCC.
- Analizar si los tratamientos existentes son más eficaces en aplicación combinada.
- Estudiar más ampliamente la comorbilidad del TPA y la obesidad, para plantear acciones preventivas y de tratamiento más eficaces en estas situaciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Abraham, S. F. y Beaumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia and binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5 - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142, 138-139.
- Bloomgarden, A. y Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 16, 418-427. <http://dx.doi.org/10.1080/10640260802370598>
- Brown, T. A. y Keel, K. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Libertas Academica*, (6), 33-61. <http://dx.doi.org/10.4137/SART.57864>
- Casado, M. I. (2013). *Obesidad y Trastorno por Atracón*. Madrid, España: Grupo 5.
- Compés, M. C., Bretón, I., Cambor, M. y García, P. (2012). Tratamiento nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario. En D. A. Román, D. Bellido Guerrero, y P. P. García Luna (Eds.), *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (pp. 147-157). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida. Cómo superar el control*. Barcelona, España: Paidós.

- Gormally, J., Blackc, S., Dastonc, S. y Rardin, D. (1982). *The assessment of binge eating severity among obese persons*. *Addictive Behaviour*, 7, 47–55.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive hand book* (2.nd ed., pp. 178–182). New York: Guilford Press.
- Guisado, J. A. y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón «binge eating disorder». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77, 27–32.
- Hilbert, A., Hildebrandt, T., Agras, W., Wilfley, D. y Wilson, G. T. (2015). Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 649–654.
- Hudson, J. I., Chassec, E. A. y Pope, H. G., Jr. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 1–5.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. y Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current Psychiatry Report*, 14, 432–446.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19.
- Jewish General Hospital. (2010, Mayo 20). Severity of binge eating disorder linked to childhood sexual or emotional abuse, researchers find. *ScienceDaily*. [consultado 14 May 2015]. Disponible en: www.sciencedaily.com/releases/2010/05/100512125230.htm.
- Kutlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M. y Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41–48.
- Lladós, M. G. y Sábado, J. T. (2011). *El trastorno por atracón ¿un nuevo trastorno alimentario?* Barcelona, España: Editorial Académica Española.
- Pérez, C.B. (2011, 16 abril). Entrevistado por E. Cuadro [notas manuscritas]. Comentarios a la Terapia Dialéctica Conductual. Archivos personales E. Cuadro. Madrid.
- Picot, A. K. y Lilenfeld, L. R. (2003). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98–107.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Reas, D. L. y Grilo, C. M. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge eating disorder. *Obesity*, 16, 2024–2038.
- Robinson, A., Safera, D. L., Austina, J. L. y Amit., E. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18, 186–191.
- Rubio, M. A. (2009). Topiramato en el tratamiento a largo plazo del trastorno por atracón asociado a la obesidad. *Revista española de obesidad*, 7(6), 402–407.
- Rueda, J. G. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(2), 242–250.
- Saldaña, C. (1994). Sobreingesta compulsiva. En C. Saldaña (Ed.), *Trastornos del comportamiento alimentario* (pp. 51–70). Madrid, España: Fundación Universidad Empresa.
- Sánchez-Planell, L. y Fernandez-Valdés, R. (2005). Trastorno por atracón y obesidad. *Formación Continuada en Nutrición y obesidad*, 5, 314–324.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2.^a ed.). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J. y Messick, S. (1985). The three-factor eting questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71–83.
- Waller, G. (2002). The psychology of binge eating. En Ch. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity* (2^a ed., pp. 98–102). New York: The Guilford Press.