FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Más que comida: Comprendiendo el Origen y Tratamientos del Trastorno por Atracón desde una Perspectiva Psicológica.

Autora: Francesca Monika Gherghina Nagy
Director: Alfonso M. Méndez

Madrid
2023/24

ÍNDICE **PÁG.**

1.- Contexto histórico ……. 5

2.- Introducción …….. 5

3.- Diagnóstico diferencial ……. 8

3.1.- Bulimia y trastorno por atracón

3.2.- Alimentación emocional y trastorno por atracón

3.3.- Adicción a la comida y trastorno por atracón

4.- Prevalencia …… 14

5.- Etiopatogenia …… 16

5.1.- Biología

5.2.- Entorno

6.- Comorbilidad …… 19

6.1.- Comorbilidad psiquiátrica

6.2.- Comorbilidad no psiquiátrica

7.- Trastorno por atracón y obesidad ……... 21

8.-Tratamiento …… 22

8.1.- Tratamiento psicológico

8.2.- Nutrición

8.3.- Deporte

8.4.- Tratamiento médico

9.- Conclusiones ……. 30

10.- Bibliografía ..……... 31

Resumen

El trastorno por atracón, se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta de alimentos en grandes cantidades, acompañados de una sensación de falta de control. A pesar de compartir similitudes con otros trastornos, como la bulimia, se distingue por la falta de conductas compensatorias; además puede darse a la vez que otros trastornos, como la alimentación emocional o la adicción a la comida, por ello, resulta indispensable llevar a cabo un diagnóstico diferencial, y ofrecer el mejor tratamiento posible.

En cuanto al origen del trastorno, implica una combinación de factores biológicos y ambientales. Estudios llevados a cabo en gemelos, aportan evidencia de un componente genético. Dicho componente genético, entra en interacción con las experiencias adversas en la infancia y la restricción alimentaria, lo cual actúa como un factor predisponentes al desarrollo del trastorno.

La relación entre el trastorno por atracón y la obesidad, es compleja. Aunque las personas con trastorno por atracón tienen más riesgo de sobrepeso, debido a la ingesta excesiva de calorías, no todas las personas con el trastorno padecen de obesidad. Además, no está claro si detener los atracones conlleva una pérdida de peso significativa y mejora las condiciones médicas asociadas. Esto resalta la importancia de tratar el trastorno como una entidad única, más allá de la búsqueda de la pérdida de peso y un ideal físico.

Por último, el tratamiento del trastorno por atracón debe ser multidisciplinar, abordando aspectos psicológicos, nutricionales, de ejercicio físico y, en algunos casos, médicos. La combinación de terapia psicológica, educación nutricional, ejercicio físico y, en algunos casos, medicamentos, puede ser la mejor estrategia para abordar el trastorno por atracón, agilizar su tratamiento y promover la recuperación y mantenimiento a largo plazo.

Palabras clave: trastorno por atracón, conducta alimentaria, comorbilidad, tratamiento**.**

Summary

Binge eating disorder is classified as a disorder wherein eating more than the normal amounts with or without food occurs in repeated episodes, but one feels that he cannot control it. Even though anorexia nervosa bears the resemblance of others disorders like bulimia and cannot be differentiated, what stands out are that it lacks such compensating behaviors. Along with those, co-existence of disorders like emotional eating or food addiction can appear where a thorough differential diagnosis is necessary for the ideal treatment prescription.

Regarding the fact that the underlying causes of the condition are being biological and environmental factors. The twin studies confirmed the genetic implication that plaids with early childhood experiences and the deprivation of food, take actions as prone factors for the disease development.

The causality between binge eating disorder and excessive weight is complicated. Individuals with binge eating disorder are at the frontline for being overweight factoring the consumption of more calories than the body can burn, meanwhile not every binge eating disorder patient is obese. And then it remains controversial whether interrupting binge eating is the definitive pathway to significant weight loss and enhancement of medical conditions connected with obesity. By so saying, this proves the necessity of not treating it as a shortcut to ideal weight target and true body image but to look at it as a single distinctive entity.

Finally, treating the binge eating disorder necessitates the multiperspective approach includes psychological, nutritional, physical exercise, as well as medical component, sometimes. Psychotherapy, educational nutrition, physical exercise, as well as medication (in some cases), taken together seems to be the optimal pattern to cure binge eating disorder, help to polish the treatment process, and lead to improvement of the required outcomes.

Keywords: binge eating disorder, disordered eating, comorbidity, correlated therapy.

Más que comida: Comprendiendo el Origen y Tratamientos del Trastorno por Atracón desde una Perspectiva Psicológica.

1.- CONTEXTO HISTÓRICO

En 1959, Albert Stunkard describe el "síndrome de alimentación nocturna", el cual había observado en pacientes obesos, los cuales realizaban ingestas de grandes cantidades de alimentos, especialmente por la noche. Más tarde, en 1980, este mismo investigador hace mención por primera vez al término de bulimia, en el cual incluye el término atracón, pero no hace distinción en cuanto a comportamientos purgativos (Hernández y Ledón, 2018).

Siete años más tarde, durante la revisión del DSM-3 se modifica el término de bulimia y se cambia por el termino de bulimia nerviosa, quedando excluidos de la clasificación las personas que no llevarán a cabo comportamientos compensatorios para evitar el aumento de peso. Posteriormente, en 1994, dentro del DSM-4 se divide la bulimia nerviosa en dos grupos, en el primero se incluían a pacientes que llevaban a cabo conductas compensatorias purgativas y en el segundo se incluían pacientes que realizaban conductas compensatorias no purgativas. Además, distinguen el trastorno por atracón y lo incluyen en el grupo de TCA no especificados (Hernández y Ledón, 2018).

Ya en 2010 el trastorno por atracón entra en un estudio para establecer la manera en la que se iba a incluir en el DSM-5 y en mayo del 2013 se incluye dentro del manual, reconocido como un trastorno de la conducta alimentaria (Hernández y Ledón, 2018).

2.- INTRODUCCIÓN

Ninguna persona acaba pesando 200 kilos porque le guste mucho comer.

Para entender esto, debemos saber que la primera experiencia que tenemos de calma y seguridad, es a través de la comida. Cuando somos bebés y notamos alguna molestia, nuestra forma de comunicarlo es a través del llanto. Y es entonces cuando aparece una figura que nos coge y nos abraza, además esa figura suele ser la persona que nos cuida. Lo que hace a continuación, para calmar nuestro malestar, es darnos un chupete, el biberón o el pecho. De manera que en nuestra mente queda graba una secuencia de: molestia, comida, calma, seguridad.

Esta secuencia que se nos graba en el cerebro desde que somos muy pequeños se convierte en nuestro primer mecanismo de defensa ante las adversidades o molestias que nos vayan surgiendo. Es tarea de nuestros cuidadores enseñarnos otras maneras de regulación emocional más adaptativas para cada etapa vital.

Si nuestros cuidadores no nos enseñan o no han sido capaces de enseñarnos estos nuevos mecanismos de defensa, como adultos, cuando nos enfrentemos a un problema que no seamos capaces de resolver, vamos a acudir a la comida. En este caso, la comida pierde su función principal, que es la de alimentarnos y surge una función secundaria para la comida. Y es en ese momento, en el que si esto se descontrola, cuando aparece el trastorno.

Los TCA o Trastornos de la Conducta Alimentaria, son condiciones que producen alteraciones en la relación de una persona con la comida y con la alimentación. Estas alteraciones pueden darse de diferentes maneras, ya sea desde la restricción, a los atracones, pasando por la purga alimenticia, etc. Pero en general, implican patrones de comportamiento alimentario que resultan perjudiciales y dañinos tanto para la salud física, emocional y psicológica de la persona (DSMV, 2013).

Es importante mencionar que la obesidad no se incluye como trastorno de la conducta alimentaria, a pesar de ser considerada una condición médica, debido a que no hay una asociación suficiente con los síntomas psicológicos o conductuales. A pesar de esto, se sabe que hay casos en los que factores psicológicos pueden desempeñar un papel importante en su etiología o curso, como lo es en nuestro caso, el trastorno por atracón (DSMV, 2013).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios frecuentes de ingesta de alimentos en cantidades significativamente mayores que las que la mayoría de las personas consumirían en circunstancias similares, junto con una sensación de falta de control durante esos episodios. Estos atracones se asocian con comportamientos como comer rápidamente, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, consumir grandes cantidades de alimentos sin hambre física, y experimentar sentimientos negativos como vergüenza, disgusto o depresión después del atracón (DSMV, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

La ingesta en el trastorno por atracón, se caracteriza por experimentar sensaciones placenteras momentos después de darse el atracón, pero, seguidas de sentimientos de disgusto y ansiedad, debido a no haber sido capaces de interrumpir el atracón, a pesar de ser conscientes de ello. La sensación de pérdida de control, es muy definitoria de este trastorno, las personas lo viven de manera disociada, de manera que muchas personas llegan a pensar que los atracones son inevitables y tratan de planifican cuando y como se darán, para tratar de recuperar, de manera parcial, ese control (Cuadro y Baile, 2015).

Se trata de una ingesta muy veloz, durante la cual apenas mastican. Además, durante el episodio suelen desplazarse rápidamente, con un grado de ansiedad. En estos momentos, para ellos, lo más importante es conseguir comida, normalmente aquella que se restringen durante del día, de manera que, algunas personas pueden llegar incluso a robar, lo cual genera sentimientos de vergüenza y aumenta el malestar asociado posteriormente . (Cuadro y Baile, 2015).

En cuando a la amplitud de la ingesta, esta es muy variable, pudiendo llegar a superar las 2.000 y 5.000 calorías en un 20% y un 25% de los casos, respectivamente, en un episodio de atracón. Esto, no se debe al tipo de alimento que consuman, sino a la cantidad excesiva del mismo (Cuadro y Baile, 2015).

Para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno, estos episodios deben cumplir los criterios temporales especificados, es decir, deben darse al menos una vez a la semana durante tres meses, y además, el malestar asociado debe ser intenso. Por otro lado, este trastorno no puede estar vinculado a comportamientos compensatorios, como los que se dan en otros trastornos (DSMV, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Según la frecuencia en la que se dan los atracones, se puede especificar el trastorno por atracones como en remisión parcial o total. La gravedad del trastorno se puede medir según la frecuencia semanal de los episodios, los cuales se clasifican desde leve hasta extremo (DSMV, 2013; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

Pero, no debemos tomarnos estos criterios diagnósticos al pie de la letra. Es importante establecer ciertos criterios, para poder tener un punto de partida, pero, como profesionales

debemos ir más allá y realizar una exploración a profundidad de nuestro paciente, para poder diagnosticar correctamente y proporcionar el mejor servicio posible.

En la práctica clínica, podemos encontrar muchos casos de trastorno por atracón, que no entran dentro de los criterios diagnósticos. Por ejemplo, podemos imaginar un paciente por cirugía bariátrica, que tiene episodios de atracón, pero debido a la operación, la cantidad de comida que consume no resulta alarmante para la mayoría de la población, pero sí que es dañina para esa persona. También hay casos de personas que solo tienen atracones en periodos de mucho estrés o que solo tienen atracones una vez a la semana, de manera que no cumplen con el criterio del tiempo.

Por eso, criterios como el número de atracones o la frecuencia, no resultan adecuados para determinar la existencia del problema. Lo más significativo a la hora de determinar la gravedad del problema, es en qué medida afecta a la calidad de vida del paciente y el grado de deterioro que acumula (Cuadro y Baile, 2015).

3.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como se observa, en la descripción del trastorno proporcionada, el trastorno por atracón cumple con varios criterios que son compatibles para otros trastornos de la conducta alimentaria, como por ejemplo, la bulimia. Es de gran importancia ser capaces de realizar un diagnóstico diferencial para poder proporcionar el mejor tratamiento posible.

3.1.- Bulimia y trastorno por atracón

Ambos trastornos, padecen episodios de atracones, con características muy similares pero, la diferencia más significativa, son las conductas de compensación. Es decir, en la bulimia nerviosa se dan conductas, como purgas o ejercicio físico excesivo, para tratar de compensar la ingesta excesiva de comida, en cambio, esto no se produce en el trastorno por atracón. Es cierto que se pueden llevar a cabo dietas o realizar ejercicio físico, pero no de manera tan estricta o rigurosa como en la bulimia (Cuadro y Baile, 2015).

Además, el origen de ambos trastornos es muy diferente. Por ejemplo, uno de los disparadores más comunes en el trastorno por atracón es una restricción alimentaria, es decir, el trastorno suele aparecer después de haber llevado a cabo una dieta muy estricta con gran restricción de alimentos; en cambio, en el caso de la bulimia, la restricción

alimentaria precede a la misma. Otros orígenes del trastorno por atracón son el afecto negativo, situaciones estresantes, una visión negativa respecto al propio peso, la forma corporal o la comida o el aburrimiento, entre otros motivos (Palacios, 2014; García-Marín. et al., 2016).

Por otro lado, ambos trastornos tienen una insatisfacción con su imagen corporal, aunque en el trastorno por atracón es menor, en comparación con la bulimia y la anorexia. Esto se debe a que, las personas que sufren de trastorno por atracón, no presentan una imagen distorsionada de du figura (Cuadro y Baile, 2015).

Además, en cuanto al temor a la ganancia de peso, es menor en las personas con trastorno por atracón, comparada con el temor de las personas con bulimia, en las cuales es muy intenso. Pero, si se encuentra mayor frecuencia de depresión en personas con trastorno por atracón, debido a la sensación de incapacidad de controlar la ingesta (Cuadro y Baile, 2015).

Como se observa, a pesar de que ambos trastornos compartan episodios de atracón muy similares, se trata de diagnósticos diferentes, tanto en su origen, y sus consecuencias, como en la repercusión emocional que tienen en la persona. Es importante llevar a cabo este diagnóstico diferencial para poder ofrecer el mejor tratamiento posible y solucionar la raíz del problema.

3.2.- Alimentación emocional y trastorno por atracón

Navidad, San Valentín, cumpleaños, aniversarios y demás celebraciones son un momento de reunión y de estar con las personas a las que más cariño y aprecio tenemos. Pero, todas estas festividades tienen algo común: comida. Y es que, hoy en día nos resulta casi imposible imaginarnos una reunión con amigos sin que este presente la comida, aunque sea un pequeño snack. Pero por otro lado, también tenemos una imagen grabada en la cabeza, la típica chica de película, a la cual su novio acaba de dejar, y para sentirse mejor, se come una tarrina enorme de helado mientras mira una película y llora. ¿Qué es lo que tienen en común estas dos imágenes? La alimentación emocional o hambre emocional.

La alimentación emocional alude al hecho de comer en respuesta a las emociones que la persona puede estar sintiendo, ya sean negativas o positivas, con el fin de modificar esas

emociones y no en base al hambre real que pueda estar sintiendo la persona (Barcia et al., 2019).

Se estima que casi el 100% de las mujeres y alrededor del 70% de los hombres, han padecido un episodio de atracón, al menos, una vez en su vida. Estos episodios suelen aparecer en momentos en los que la persona se siente más vulnerable, como episodios de depresión o ante la sensación de no tener el control sobre ellos mismos y sus vidas (Marinkovic y Covarrubias, 2021).

En un estudio llevado a cabo por Marcelo et al, en el año 2019, se reveló que las emociones negativas repercuten en un 22% en hombres y en un 26% en mujeres, en la manera que tienen de alimentarse, haciendo que se produzcan peores elecciones respecto al tipo de alimento elegido.

El problema de la alimentación emocional, es que se produce para intentar dar una respuesta a las emociones y no como forma de calmar el hambre o de nutrirse. De manera que, como la comida no es el origen de esas emociones que se están dando, a pesar de comer, la persona va a seguir encontrándose de la misma manera, por lo que va a seguir consumiendo alimentos para tratar de calmar su malestar.

Tomando como ejemplo a una persona que se encuentra triste y decide comerse un helado para dejar de sentirse así, a pesar de comerse ese helado, va a seguir estando triste, por lo que puede tomar la decisión de seguir comiendo helado, para dejar de estar triste, pero como no hay relación entre la emoción y la "solución" que le está dando, va a seguir encontrándose mal y por lo tanto, acabará consumiendo mayor cantidad de comida, de la que consumiría en circunstancias normales.

Esto se debe a que, existen ciertas áreas de nuestro cerebro, en concreto el hipocampo, que es responsable del hambre emocional, al estar relacionado con la memoria y las sensaciones placenteras. De manera que, ante la ingesta de determinados alimentos, se liberan en nuestro cerebro neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, lo cual genera una sensación de placer (Marinkovic y Covarrubias, 2021).
Esto, viene ligado a lo mencionado anteriormente. Y es que, la mayor parte de nuestra vida social, se desarrolla en torno a la comida, de manera que en nuestra mente, queda

asociada la relación entre bienestar y comida. De manera que, cuando surgen emociones negativas, se producen los episodios de atracón, como una manera de intentar dar respuesta a esas sensaciones negativas (Marinkovic y Covarrubias, 2021).

Es por eso, por lo que, el hambre emocional aparece de forma repentina y necesita ser saciada de manera urgente, no puede esperar y crea una sensación de gran ansiedad en la persona que lo experimenta. Además, debe ser saciada con un alimento específico, no sirve cualquier cosa y se relaciona con elecciones automáticas y distracciones al comer, la persona no es consciente de la cantidad que está comiendo.

Como el hambre emocional se encuentra ligada a regular determinadas emociones, se sigue comiendo a pesar de ya encontrarse lleno, y es por esto por lo que aparece una sensación de culpabilidad al terminar de comer. Es de gran importancia conocer las diferencias entre hambre emocional y hambre física para poder realizar un tratamiento efectivo y enfocado en el problema concreto de la persona.

3.3.- Adicción a la comida y trastorno por atracón

La adicción a la comida es un concepto que se refiere a un patrón de comportamiento en el cual la persona experimenta una compulsión por consumir determinados alimentos. Esta compulsión puede ser similar a la adicción que se tienen a ciertas sustancias, ya que implica el mismo deseo intenso e incontrolable, también conocido como "*craving*", pero en este caso, de consumir cierto tipo de alimentos, comúnmente carbohidratos, azucares y grasas (Agüera et al., 2016).

La adicción a la comida está asociada con los trastornos de la conducta alimentaria como puede ser el trastorno por atracón o la bulimia nerviosa. A pesar de esto, la adicción a la comida no cuenta con un reconocimiento oficial como entidad diagnóstica, aunque sí que se han identificado ciertos mecanismos neurobiológicos que pueden estar implicados:

1. Producción de opioides endógenos: es decir, el consumo de ciertos alimentos y sustancias puede provocar la fabricación de sustancias muy similares a los opiáceos, que actúan sobre receptores específicos, generando sensaciones de placer, lo cual refuerza la conducta de consumo compulsivo. (Agüera et al., 2016).

2. Sistema serotoninérgico: niveles bajos de serotonina en el organismo puede provocar un aumento en el deseo de consumir alimentos, especialmente aquellos que poseen una alta palatabilidad (es decir, elevados en azúcar, grasa, sal y harina). Por el contrario, niveles elevados de serotonina en el organismo están asociados con menor sintomatología de abstinencia en el caso de aumento de peso (Agüera et al., 2016).

3. Señalización del glutamato: se da una relación directa entre el glutamato (potenciador del sabor) y la ingesta de alimentos, provocando conductas de búsqueda de sustancias y de atracón. Una alta exposición al glutamato puede potenciar las vías neuronales, provocando una vinculación entre el consumo de determinados alimentos con el placer, de manera que se aumenta el deseo de volver a consumir ese determinado alimento (Agüera et al., 2016).

4. Control inhibitorio reducido y mayor impulsividad: diversos estudios han encontrado que aquellos pacientes que sufren del trastorno por atracón poseen un control inhibitorio reducido y una mayor impulsividad hacia aquellos estímulos alimentarios que tienen mayor palatabilidad, en comparación con aquellos pacientes que sí tienen obesidad, pero no trastorno por atracón (Agüera et al., 2016).

5. Impulso hedónico: cuando se consume algo dulce, ya sea por azúcar o que esté endulzado, se activan ciertos receptores de nuestro cerebro que hacen que la apetencia de querer seguir consumiendo dulces sea constante y cada vez mayor (RedBakery, s.f.). Cuando se produce está señal y respondemos a ella consumiendo más dulce, se genera un circuito de recompensa, lo cual contribuye al comportamiento compulsivo (Yaguer, 2020), haciendo que aumente la ingesta de alimentos.

Como se puede observar los mecanismos neurobiológicos implicados en la adicción a la comida, pueden provocar el consumo compulsivo de determinados alimentos, provocando sintomatología similar a la adicción a sustancias.

Por último, es importante mencionar que, a pesar de que el trastorno por atracón y la adicción a la comida comparten ciertas características, como la conducta alimentaria descontrolada, el deseo de consumir determinado tipo de alimentos, especialmente aquellos altos en azucares, grasas y carbohidratos y todas las consecuencias negativas que tienen para la salud, se tratan de entidades clínicas diferentes.

Pero, a pesar de que sean diagnósticos distintos, ambos pueden estar presentes de manera independiente o presentarse de manera conjunta en una misma persona. Ambos trastornos requieren de una evaluación específica y un tratamiento diferenciado y específico que debe adaptarse a las necesidades de cada paciente (Agüera et al., 2016).

Por otro lado, cabe mencionar que la adicción a la comida presenta una problemática añadida al momento de realizar el tratamiento. Y es que, no se puede tratar la adicción a la comida como se trata la adicción a cualquier otra sustancia, debido a que es imposible dejar de comer, por lo que la persona debe dejar de lado su adicción, sin poder dejarla del todo, ya que debe seguir alimentándose.

En resumen, realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno por atracón y otras patologías, es importante para poder proporcionar un tratamiento efectivo y personalizado. A pesar de que estos trastornos compartan ciertas similitudes, como la ingesta descontrolada, y las emociones negativas, presentan diferencias significativas. Por un lado, el trastorno por atracón se distingue por la ausencia de conductas compensatorias, lo cual lo distingue de la bulimia; la alimentación emocional se caracteriza por el consumo de comida como respuesta a una descompensación emocional; y la adicción a la comida supone un consumo compulsivo de alimentos, influenciado por mecanismos neurobiológicos.

Pero, a pesar de estas diferencias, los distintos trastornos pueden coexistir en una misma persona. Por eso, es importante comprender las diferencias entre los distintos trastornos, para ofrecer un tratamiento adecuado y personalizado.

Como se puede observar, el trastorno por atracón es una entidad compleja, que comparte características muy similares con otras trastornos de la conducta alimentaria, como la bulimia y que además pueden presentarse en comorbilidad con otras entidades clínicas, como la alimentación emocional o la adicción a la comida.

4.- PREVALENCIA

Las tasas de prevalencia encontradas en los distintos estudios analizados son muy variables y no se encuentra un patrón fijo de prevalencia, sino que, dependiendo del estudio y de la población, se dan resultados diferentes. Esta disparidad entre los resultados está vinculada a las diferencias en los enfoques de la evaluación, las estrategias de reclutamiento y otras variables, como el tamaño de la muestra (Hernández y Ledón, 2018).

Con el propósito de conocer la prevalencia aproximada del trastorno por atracón, procederemos a exponer los resultados obtenido en diversos estudios.

En 2012 Swanson y otros llevaron a cabo un estudio sobre población originaria de México y de Estados Unidos. En la muestra total de participantes, un 4,2% cumplía con todos los criterios recogidos en el DSM para el trastorno por atracón. Adicionalmente, un 1,4% de la población informó sobre algún episodio de atracón al menos una vez por semana (Swanson, et al, 2012).

En México se llevó a cabo otro estudio, sobre población adolescente, de edades comprendidas entre los 12 y 17 años. Los resultados obtenidos establecen que un 1,4% cumple con los criterios para un trastorno por atracón, manteniendo un patrón estable durante los últimos 12 meses. De esta manera el trastorno por atracón es el trastorno con mayor prevalencia, seguido por la bulimia nerviosa (1,0%) y la anorexia (0,5%). Además, en el mismo estudio se indica que únicamente en 13.7% de la población con trastorno por atracón ha recibido tratamiento psicológico (Corina, 2012).
Otro estudio llevado a cabo en Colombia, en 2014 a una muestra de 1.527 estudiantes universitarios de ambos sexos, con edades comprendidas entre 18 y 28 años, establece una prevalencia del 3,2,%.

En valencia, 2011, se llevó a cabo otro estudio, con población infantil y adolescente con edades entre 9 y 16 años. De la muestra formada por 70 niños y adolescentes, el 6% cumplía los criterios para el diagnóstico de trastorno por atracón (Cebolla et al., 2012).

Un estudio diferente, llevado a cabo en Venezuela, con población adolescente de entre 11 y 18 años, revela que el 7.8% de la muestra cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno por atracón (Morales et al., 2014).

Otro estudio realizado en Costa Rica, sobre población que acude a la Consulta Grupal para Pacientes con Enfermedades Crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes, del Área de Salud de Coronado, revela que el 19,2% cumple con los criterios diagnósticos para un Trastorno por Atracón según el DSM-V. Pero además, un 48,2% de la población presentaba episodios de sobre ingesta, sin llegar a ser manifestar criterios clínicos (Castro y Ramírez, 2013).

Como hemos podido observar, las tasas de prevalencia difieren mucho de un estudio a otro. Pero, aparte de analizar la prevalencia del trastorno por atracón, lo interesante de realizar una comparación de estudios entre diferentes países, es poder observar cómo se encuentran casos, independientemente de la cultura o riqueza del país.

Se sabe que este trastorno no pertenece únicamente a los países industrializados, sino que podemos encontrar tasas de prevalencia similares si realizamos la comparación entre América, Europa, África y Asia (García-Marín. et al., 2016). A diferencia de lo que podríamos llegar a pensar en un principio, el trastorno por atracón no solo afecta a los países más desarrollados, sino que, en aquellos países con falta de recursos encontramos tasas de incidencia similares, lo que nos podría indicar que este trastorno va más allá de un fenómeno cultural.

Pero además, como se muestra en algunos de los estudios mencionados, debemos tener en cuenta que el trastorno por atracón puede darse tanto en personas con un peso normal, personas con sobrepeso o personas con obesidad. Pero, es cierto que hay una relación real entre el Trastorno por Atracón y la obesidad, debemos evitar el sesgo de confirmación ya que la mayoría de personas con obesidad no tienen periodos de atracones (Palacios, 2014).

Lo que sí que debemos tener en cuenta y conocer es que un gran porcentaje de pacientes que acuden a programas de pérdida peso, como puede ser la cirugía bariátrica, cumplen con los criterios diagnósticos para un trastorno por atracón (Vidal y García-Mayor, 2009; Hernández y Ledón, 2018). Por ello, antes de empezar cualquier tratamiento o

intervención, es importante realizar una exploración en profundidad y explorar todas las áreas de la persona, para poder trabajar con todas las posibles alteraciones psicopatológicas que tenga la persona.

Figura 1. Resumen de la prevalencia del Trastorno por Atracón

PAÍS	POBLACIÓN	EDAD	%
México y de Estados Unidos	-	-	**4.2%**
Colombia	1.527	18-28	**3.2%**
Valencia	70	9-16	**6%**
Venezuela	-	11-18	**7.8%**
Costa rica	-	-	**19,2%**

5.- ETIOPATOGENIA

5.1.- Biología

En estudios llevados a cabo en gemelos, se ha revelado la existencia de un posible componente genético para los trastornos de la conducta alimentaria. Mediante el estudio de diferentes poblaciones de gemelos y de adopción, se ha encontrado una heredabilidad alta de trastornos como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria, además de síntomas de alimentación desordenada tanto en hombres y mujeres. De manera que se puede llegar a considerar que problemas como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón son enfermedades heredables (Culbert et al., 2015).

Por otro lado, estudios realizados mediante neuroimagen comparando personas con trastorno por atracón y personas sin trastorno, muestran que las personas que sufren del trastorno responden mejor a las señales de alimentación y muestran una mayor activación de aquellas zonas del cerebro relacionadas con la recompensa, cuando se presentan estímulos relacionados con la comida (Yager, 2020).

A pesar de estos estudios y evidencias, no queda claro si está hiperactividad cerebral está relacionada con un rasgo de la persona con el trastorno o es una consecuencia de un comportamiento compulsivo, que al mismo tiempo puede hacer que se mantenga el comportamiento una vez establecido (Yager, 2020).

Por otro lado, en estudios realizados mediante resonancia magnética, se encontró que en personas con trastorno por atracón, se producía un aumento de la materia gris cerebral en la corteza cingulada anterior y la corteza orbitofrontal medial, regiones las cuales se encuentran relacionadas con el sistema de aprendizaje y de recompensa (Yager, 2020).

En otro estudio llevado a cabo por Oberndorfer et al. se investigó como la mala función del circuito neuronal apetitivo puede tener relevancia en el desarrollo y pronóstico de trastornos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

El estudio se llevó a cabo utilizando sabores dulces y analizando la respuesta cerebral, mediante resonancia magnética, de los participantes recuperados de los trastornos anteriormente mencionados. Mediante este estudio, se encontró que aquellas mujeres que se habían recuperado de la anorexia nerviosa tenían una respuesta cerebral menor ante la sacarosa, pero, por otro lado, las pacientes recuperadas de la bulimia nerviosa mostraban una respuesta mayor, en concreto a la ínsula anterior derecha, una zona de mucha importancia en la percepción del gusto y la recompensa sensorial.

Estos estudios pueden indicar que la restricción alimentaria que se da en el trastorno de anorexia nerviosa puede ser debida a una incapacidad de reconocer de manera adecuada las señales de hambre, mientras que, por otro lado, la sobreingesta que se produce en la bulimia se trataría por una percepción exagerada de las mismas señales.

Como hemos podido ver, la ínsula anterior tiene gran importancia en la incorporación de las señales sensoriales y de recompensa relacionadas con la alimentación. De esta manera se piensa que un funcionamiento erróneo de los circuitos córtico-límbicos podrían estar implicados en el desarrollo de la bulimia nerviosa, debido a que se produce una alteración en la percepción de las sensaciones de hambre y saciedad (Oberndorfer, 2013) y por lo tanto también puede estar implicado en el desarrollo de un trastorno por atracón.
También se ha hallado una conexión entre la obesidad, el trastorno por atracón y el síndrome del comedor nocturno. En estos pacientes de observa que tienen niveles más bajos de ciertas hormonas, como la grelina y mayor propensión a tener resistencia a la insulina. Además también se ha visto que estos pacientes suelen tener problemas con sus ritmos de sueño, lo cual puede estar relacionado con los problemas de peso.

Además, se da una relación entre los pacientes con trastorno por atracón y ciertas enfermedades metabólicas que se asocian con el síndrome metabólico. Esto explica por qué las personas con obesidad y trastorno por atracón tienen más riesgo de padecer problemas cardíacos y metabólicos, comparándolo con las personas con obesidad que no tienen el trastorno.

En mujeres con TA, también se ha observado una asociación con problemas menstruales, complicaciones durante el embarazo, presión arterial alta en el cráneo y síndrome de ovario poliquístico.

5.2.- Entorno

Pero, a pesar de la evidencia de todos estos estudios, lo cierto es que, tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen de manera significativa al riesgo de alimentación desordenada y trastornos alimentarios. Lo más probable es que dichos factores se entrelacen de diferentes maneras, dando lugar a diversas problemáticas para cada individuo, que es importante analizar (Culbert et al., 2015).

En otro estudio publicado por Yager, J. en 2020, se menciona como el trastorno por atracón puede estar asociado a la vivencia de episodios de maltrato durante la infancia, debido a que en comparación con sujetos que no padecían ningún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, los primeros tenían de dos a cuatro veces más de probabilidades de haber sufrido maltrato durante la infancia. A pesar de estos datos, todavía hace falta mayor investigación, ya que aún no queda clara la relación entre haber sufrido abuso durante la infancia y tener una vulnerabilidad a sufrir este tipo de trastornos (Yager, 2020), lo cual puede ser debido a la probablemente falta de uniformidad a la hora de definir el abuso sexual en la infancia (Gómez et al., 2018).

Además, como se ha mencionado anteriormente, otros de los factores que propician la aparición del trastorno es una restricción alimenticia muy estricta. Es decir, el trastorno aparece después de haber llevado a cabo una dieta muy restrictiva, sobre todo de alimentos altos en calorías (Guisado y Vaz, 2001).

Por otro lado, factores sociales como experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, una exposición a comentarios negativos sobre su

figura/peso y comida, etc., también pueden influir de manera negativa entre la persona y su relación con la comida.

6.- COMORBILIDAD

En términos simples, la comorbilidad alude a la presencia simultanea de dos o más trastornos o afecciones médicas en una misma persona. En el caso del trastorno por atracón podemos encontrar comorbilidades tanto psiquiátricas como no psiquiátricas (Gómez et al., 2018; Yager, 2020)

6.1.- Comorbilidad psiquiátrica

A parte de los trastornos mencionados anteriormente, como la alimentación emocional y la adicción a la comida, en lo referente a las comorbilidades psiquiátricas, es común que las personas que padecen trastorno por atracón también tengan otro trastorno mental. Alrededor del 80% de las personas con trastorno por atracón tiene antecedentes de al menos un trastorno psiquiátrico en su vida, y el 50% tiene antecedentes de tres o más trastornos comórbidos, tales como ansiedad, trastorno de personalidad, consumo del alcohol o estrés postraumático (Yager, 2020).

Otra característica asociada al trastorno por atracón, es el deterioro psicosocial. En encuestas realizadas en 14 países diferentes, se vio como alrededor de un 50% de la población con trastorno por atracón había visto un deterioro significativo en sus actividades cotidianas. Por otro lado, también aparecen afecciones negativas como la ira o la disforia y experimentan impulsividad, urgencia y tendencias a actuar de forma precipitada como forma de responder a las emociones (Yager, 2020).

6.2.- Comorbilidad no psiquiátrica

Y por otro lado, encontramos las comorbilidades no psiquiátricas, es decir, problemas de salud física que no están en relación con los mencionados anteriormente (Yager, 2020). Aunque es cierto que las personas con trastorno por atracón tienen una relación más cercana con determinados problemas de salud que suelen ser causa de la obesidad (Gómez et al., 2018), no se explican necesariamente por la obesidad comórbida o la comorbilidad de trastornos psiquiátricos (Yager, 2020).

Otros estudios muestran que la relación entre el trastorno por atracón y los problemas de salud es más amplia que simplemente ser causada por los efectos de la obesidad y que las comorbilidades pueden ser independientes de la obesidad. Es decir, que no es simplemente la obesidad, la causa de las comorbilidades existentes en el trastorno, sino que los hábitos alimentarios anormales también pueden tener gran influencia en los problemas de salud asociados (Gómez et al., 2018).

Entre otros, las personas con trastorno por atracón pueden tener mayor probabilidad de padecer artritis, asma, dolor crónico, diabetes o hipertensión, en comparación con aquella población que no padece de trastorno por atracón (Yager, 2020). También se ha visto que el síndrome metabólico, caracterizado por tratarse de una combinación de problemas relacionados con la obesidad, es muy común en pacientes con trastorno por atracón (Gómez et al., 2018).

7.- TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD

Es cierto que el trastorno por atracón es más común entre personas con obesidad, pero también podemos encontrar el mismo diagnostico en personas con un peso normal. Entre el total de personas que tienen trastorno por atracón, aproximadamente el 50% de ellas tiene obesidad, cifras muy similares a las que podemos encontrar entre la comunidad sin trastorno por atracón, en la cual aproximadamente un 68% tiene obesidad (Yager, 2020). Pero, por otro lado, tan solo el 8,5% de los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan un trastorno por atracón (Gómez et al., 2018).

Es por ello por lo que podemos encontrar opiniones muy dispares sobre cómo se relaciona el trastorno por atracón con la obesidad, ya que hay personas que opinan que es el trastorno el causante del problema del sobrepeso, pero otras personas creen que el sobrepeso es lo que puede causar el surgimiento del trastorno.

En lo referente al peso, es cierto que las personas que sufren del trastorno por atracón tienen más riesgo de tener sobrepeso, debido a la excesiva ingesta de calorías, y además tienen más dificultades al momento de tratar de perder peso (Gómez et al., 2018). Pero, por otro lado, aunque es posible que el cese de los atracones tenga un impacto positivo en la pérdida de peso y en las condiciones médicas asociadas entre los pacientes con

trastorno por atracón que son obesos, no existe evidencia suficiente de que esto pudiera reportar beneficios evidentes (Yager, 2020).

Esta falta de claridad sugiere la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para poder comprender con mayor profundidad el funcionamiento del trastorno por atracón y el impacto que tiene este en el peso corporal (Yager, 2020).Además también pone en evidencia la necesidad de tratar el trastorno como entidad única y no con el objetivo de una pérdida de peso o de conseguir un físico que cumpla con los cánones y estereotipos de la sociedad occidental.

Asimismo, abre de nuevo el debate en torno a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM V – TR. Tener un estándar diagnóstico, que nos permita tener criterios claros y consistentes para el diagnóstico de trastornos mentales, es muy útil en la práctica clínica y científica. Pero, no queda exento de críticas, como en nuestro caso, una simplificación excesiva, es decir se reduce un trastorno tan complejo como el trastorno por atracón, a un conjunto de síntomas específicos, lo cual puede llevar a una comprensión limitada del trastorno y a una mala comprensión de los pacientes.

Por eso, es importante, llevar a cabo un buen análisis de cada paciente en concreto, y no centrándonos únicamente en los criterios establecidos o en los prejuicios que se puedan tener de manera individual. Se ha visto que no todas las personas con trastorno por atracón tienen obesidad y viceversa y además, se ha visto que no todas las personas con trastorno por atracón encajan en estos mismos criterios.

Lo importante para poder ofrecer la ayuda adecuada, es determinar el grado de malestar que el trastorno causa en cada paciente, cual es origen y por qué se está manteniendo. De esa manera, será posible ofrecer un tratamiento personalizado, que tenga efecto a largo plazo.

8.- TRATAMIENTO

Como se ha podido ver a lo largo del trabajo, el trastorno por atracón se trata de un trastorno complejo que responde a múltiples variables, tanto culturales como variables

heredadas o aprendidas. Es por ello por lo que a la hora de tratar con paciente que padezca este trastorno debemos realizar una exploración en profundidad para conocer las verdaderas causas del surgimiento de este trastorno y de esa manera poder abordarlo correctamente.

Realmente no podemos ofrecer el mismo tratamiento a una persona que sufre de trastorno por atracón como consecuencia de una mala gestión alimentaria a una persona que sufre del trastorno como consecuencia de un efecto de llevar a cabo una dieta muy restrictiva.

A pesar de tener que ofrecer tratamientos y enfoques diferentes, queda claro que lo que sí debemos realizar, es un enfoque multifactorial, trabajando tanto el aspecto psicológico, la nutrición, el ejercicio físico e incluso mediante tratamiento médico.

8.1.- Tratamiento psicológico

El trastorno por atracón supone una condición psiquiátrica seria, con una etiología variada, ya que involucra factores sociales, culturales y biológicos. En el caso de las variables sociales, nos encontramos el ejemplo de la idealización de la delgadez.

La exposición en medios de comunicación de cuerpos delgados, de los ideales de belleza, de dietas milagrosas, genera en la sociedad una internalización del ideal de delgadez y unas expectativas de delgadez muy difíciles de poder alcanzar. Esto, se une con determinados rasgos de personalidad como una emocionalidad negativa, un perfeccionismo e impulsividad, de manera que se genera en la persona un componente de riesgo para los trastornos alimenticios (Culbert et al., 2015).

Por eso, es muy común en la práctica clínica, que los pacientes acudan con un motivo de consulta, diferente al propio trastorno, por ejemplo, que acudan con un objetivo de pérdida de peso, por estética y conseguir ese ideal de belleza social. En este caso, es tarea del profesional, llevar a cabo una exploración en profundidad, para detectar todas aquellas áreas, que necesitan ser trabajadas.

En caso de detectar un trastorno como el trastorno por atracón, lo primero que se debe hacer, es regular la ingesta. Es decir, el primer paso que se debe dar, es controlar y reducir los atracones, olvidándonos del peso y del proceso de adelgazamiento. Llevar a cabo este

proceso, puede llegar a conllevar un ligero aumento de peso, pero una vez que se haya conseguido asentar la ingesta, podemos llegar a trabajar la pérdida de peso, en caso de ser necesario (Gómez et al., 2018).

En ámbito de los tratamientos de los trastornos de la conducta alimentaria, el papel que desempeña Fairburn (psiquiatra británico) es fundamental, ya que su labor es esencial para la comprensión y abordaje de trastornos como la bulimia nerviosa y l desarrollo e investigación de la terapia cognitivo-conductual (Fairburn et al., 2003).

El método de Fairburn se trata de un procedimiento semiestructurado, que se realiza de manera individual y se centra en el presente y el futuro de los pacientes. Está formado por tres etapas diferentes, en las cuales se abordan los objetivos de recuperar el control sobre la alimentación, modificar los pensamientos sobre el peso y la imagen corporal y mantener los cambios a largo plazo (Rubio, 2021).

Las etapas de la terapia de Fairburn se dividen principalmente en tres fases:

- Fase 1 (8 semanas): se realiza una evaluación exhaustiva del paciente, se identifican los comportamientos problemáticos y se trabaja en la concienciación de los mismos, mediante autorregistros de las ingestas y de las emociones asociadas
- Fase 2: se centra en lo cognitivo y la eliminación de las restricciones. Se debe llevar a cabo una reestructuración cognitiva para abordar los pensamientos distorsionados y eliminar la idea de “alimentos prohibidos”.
- Fase 3: se trata de llevar a cabo una prevención de recaídas y de desarrollar estrategias de afrontamiento para las posibles dificultades que se puedan encontrar en su proceso de recuperación

(Rubio, 2021)

Gracias al enfoque integral, abordando desde los aspectos cognitivos a los aspectos conductuales del trastorno, la terapia de Fairburn obtiene resultados muy positivos para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

En general, el tratamiento cognitivo conductual ha demostrado ser muy efectivo para el tratamiento de los trastornos alimentarios. Por ejemplo, se sabe que este tratamiento tiene

efecto en la reducción de la frecuencia de atracones y purgas. Aproximadamente el 40-50% de los pacientes dejan de hacer atracones y purgas por completo, y la mayoría de ellos mejoran en todos los aspectos, manteniéndose bien a largo plazo. Además, se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual resulta más efectiva y tiene mejores resultados a largo plazo que el uso de medicación (Fairburn et al., 2003).

Otro tipo de terapia eficaz, es la Terapia Interpersonal (TIP). Esta terapia se centra en los problemas interpersonales del paciente, consiguiendo mejoras en el estado de ánimo, aumentado la autoeficacia y reduciendo los episodios de atracón (Agüera et al., 2016).

Por otro lado, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), se enfoca en llevar a cabo una regulación emocional. Dicha terapia, propuesta por Linehan, ha demostrado tener buenos resultados en los tratamientos de trastornos asociados a las adicciones (Agüera et al., 2016).

Por último, se puede llevar a cabo el uso de nuevas tecnologías, como la realidad virtual, para el tratamiento de la adicción a la comida. El uso de estas tecnologías ha demostrado tener gran eficacia para la modificación del deseo intenso e incontrolable ("craving") de consumir ciertos alimentos y para el tratamiento de trastornos, como el trastorno por atracón (Agüera et al., 2016).

8.2.- Nutrición

En lo referente a la nutrición, es muy importante poder trabajar con profesionales expertos en la materia, debido a que con este tipo de pacientes, el trabajo que debe realizarse es de educación y de modificación de los estilos de alimentación a largo plazo (Gómez et al., 2018).

El profesional con el que trabajemos debe saber ayudar al paciente a establecer una nutrición variada, que no excluya ningún alimento, que se distribuya a lo largo de todo el día, recomendando 5 ingestas diarias. También debe centrarse en una elección adecuada del tipo de alimentos y de las cantidades más aptas para su persona (Gómez et al., 2018).

A pesar de que el trastorno por atracón tiene aspectos psicológicos y emocionales muy importantes, la alimentación y la educación en nutrición tienen un papel muy importante

para su tratamiento, por eso, la colaboración entre profesionales, puede resultar muy beneficiosa para el tratamiento de estas personas.

Desde la nutrición, se pueden abordar aspectos como educación en nutrición, el desarrollo de planes de alimentación saludable, identificar alimentos desencadenantes del atracón, proponer sustitutos a alimentos, proponer alternativas de alimentos, etc.

Es por ello, por lo que, llevar a cabo un trabajo colaborativo con distintos profesionales, puede resultar un gran beneficio para los pacientes, ya que este trabajo nos ofrece un enfoque integral y coordinado para el tratamiento, además de facilitar el progreso y su mantenimiento a largo plazo.

8.3.- Ejercicio físico

El realizar ejercicio físico para el tratamiento del trastorno por atracón, puede resultar beneficioso en dos aspectos, la pérdida de peso y la adherencia al tratamiento y mejora psicológica.

En lo referente a la pérdida de peso, se sabe que, cuando hacemos ejercicio nuestro metabolismo se activa y quema más calorías, incluso después de haber terminado de realizar la actividad. Esto se debe a que los ciclos metabólicos de nuestro cuerpo son reacciones enzimáticas que se convierten y trasportan energía (Segura, 1986).
Estos ciclos se deben activar durante y después del ejercicio para poder suministrar la suficiente energía y que podamos mantenernos en movimiento. Pero, la activación de estos siclos no solo ocurre en los músculos, sino que también se da en órganos como el hígado y en el tejido adiposo, de esta manera podemos proporcionar energía extra durante la actividad deportiva.

Pero además, se produce un efecto conocido como “deuda de oxígeno” por el cual el cuerpo sigue quemando calorías incluso después de haber terminado la actividad física, debido a que la actividad de los ciclos metabólicos sigue continuando.

Como podemos ver, realizar ejercicio no solo hace que nuestro cuerpo consuma calorías al momento de realizarlo, sino que también lo hace cuando hemos terminado la actividad.

Este fenómeno tiene grandes implicaciones en los procesos de control de peso y el tratamiento de la obesidad.

Además de la pérdida de peso, es sabido que realizar actividad física es muy beneficioso para reducir los riesgos de mortalidad y de sufrir enfermedades relacionadas con la obesidad, además de que ayuda a prevenir otro tipo de enfermedades (Alcaraz, 2005).

Pero, además, dejando de lado la pérdida de peso, el ejercicio físico puede resultar muy beneficioso en la adherencia al tratamiento y en la mejora psicológica de los pacientes. Por ejemplo, se ha demostrado que el ejercicio físico ayuda a mejorar la depresión y la ansiedad, además de reducir el tiempo de tratamiento (Dorrego y Canitrot, 2023).
Gracias a estos beneficios, una de las mejores maneras de tratamiento es la combinación de ejercicio físico, nutrición y terapia. En este caso, desde la psicología se deben trabajar todos los posibles miedos que puede enfrentar una persona a la hora de empezar un ejercicio nuevo, como la vergüenza, miedo a ser juzgado, sentimiento de fracaso, etc. pero también debemos trabajar a largo plazo, abordando temas como la motivación para conseguir una adherencia al tratamiento y lograr el establecimiento de conductas saludables a largo plazo.

8.4.- Tratamiento médico

Dentro del tratamiento médico, al igual que con el ejercicio físico, podemos encontrar dos enfoques diferentes. por una parte, el tratamiento puede estar centrado en el control de los atracones y por otro lado, puede estar centrado en la pérdida de peso.

En este último caso, es importante no olvidar el hecho de que, no todas las personas con trastorno por atracón tienen obesidad y que, el simple hecho de perder peso, no supone la mejora del trastorno, de manera que este tratamiento, debe ir acompañado de todo lo mencionado anteriormente, es decir, un tratamiento psicológico, una nutrición adecuada y la realización de ejercicio físico.

<u>Tratamiento farmacológico para controlar los atracones</u>

En Estados Unidos, podemos encontrar un medicamento denominado “lisdexanfetamina”, aprobado por la FDA en 2015, el cual puede detener los atracones en el 38% de los pacientes con trastorno por atracón, lo cual repercute en una pérdida de

peso significativa. Entre los efectos secundarios podemos encontrar boca seca, cefalea, insomnio y efectos a largo plazo sobre el peso, pudiendo llegar a causar anorexia.

Por el contrario, en España no existe ningún medicamento aprobado que sirva específicamente para tratar el trastorno por atracón, aunque sí que se pueden encontrar medicamentos fuera de guía que sirven para tratar el trastorno por atracón. Entre los más eficaces y utilizados encontramos:

- Topiramato: se trata de un anti convulsionante que ha demostrado una eficacia en la reducción de los atracones en un 60%. Entre los efectos secundarios encontramos parestesias, somnolencia, náuseas y depresión.
- Fluoxetina: se trata de un antidepresivo cuyos efectos se encuentran en discusión. En estudios realizados a corto plazo se encuentra buena eficacia en la reducción de los atracones y del peso, pero en estudios llevados a cabo a largo plazo se ve que la eficacia se encuentra reducida.

El tratamiento farmacológico para el trastorno por atracón es efectivo, pero no resulta esencial. Además, se encuentran ligados a números efectos secundarios que pueden resultar muy perjudiciales para salud y como se ha podido ver, estos estudios han sido realizados sobre muestras muy pequeñas de población y se encuentra muy poca información sobre sus efectos a largo plazo.

Es por ello, por lo que a pesar de ser eficaces, no se deberían emplear con todos los pacientes, limitando su uso con aquellos pacientes que lleven mucho tiempo en tratamiento y se encuentren en un periodo de estancamiento. Con el uso de fármacos podemos acelerar su proceso, consiguiendo una mayor motivación al paciente. En cualquier caso, debemos seguir con el tratamiento nutricional y médico y no generar una dependencia del uso de estos medicamentos.

Tratamiento farmacológico para control de peso

El empleo de medicación para el control de peso en pacientes diagnosticados con trastorno por atracón es un tema controvertido debido a que no hay suficientes estudios sobre su seguridad y eficacia a largo plazo en estos pacientes.

Además, tampoco existen indicaciones precisas para el uso de estos medicamentos, aunque algunos autores sugieren considerar criterios similares a los que se emplean con pacientes que no tienen trastorno por atracón. Es decir, son sujetos aptos para este tratamiento aquellos cuyo IMC sea superior a 30kg/m^2 y que no respondan adecuadamente a la dieta y el deporte o aquellos que tengan comorbilidades asociadas al exceso de peso y un IMC entre 27 y 29,9 kg/m^2.

Con el uso de este tipo de medicamentos se pretende conseguir una disminución de entre el 10-15% del peso corporal, pero es importante advertir al paciente de que el tratamiento debe detenerse si tras los primeros tres meses no se ha producido una pérdida de al menos el 5% de masa.
Al igual que los anteriores, estos tratamientos deben hacerse acompañados de un seguimiento nutricional y psicológico para conseguir un mantenimiento de los cambios y el establecimiento de estilos saludables de vida.

De la misma manera que los anteriores, estos medicamentos pueden casuar efectos secundarios perjudiciales para la salud, de manera que es preferible evitar su uso si no es estrictamente necesario. Lo óptimo sería emplear este tipo de tratamientos con aquellos pacientes con obesidad mórbida que no estén respondiendo adecuadamente a la nutrición y al ejercicio, para poder acelerar su proceso y aumentar su motivación, siempre dejando claro que el uso de medicamentos es un impulso y en ningún caso sustituye la nutrición y el deporte.

Cirugía bariátrica

En personas que tienen obesidad mórbida, la cirugía bariátrica supone el tratamiento más efectivo para la pérdida de peso, además ayuda a mejorar o evitar comorbilidades asociadas a dicha problemática. Cabe destacar que la prevalencia de trastornos alimentarios entre los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica oscila entre el 4,2% y el 22,5% (Gómez et al., 2018).

Es importante realizar una evaluación de las conductas alimentarias del paciente antes de someterse a este procedimiento y realizar un seguimiento después del mismo. Ya que, a pesar de que no haya contraindicaciones de realizar esta operación en pacientes con trastornos alimentarios, es importante llevar a cabo un enfoque integral que incluya

aspectos psicológicos y de nutrición, para poder conseguir un mantenimiento de la pérdida de masa corporal, además del establecimiento de hábitos saludables (Gómez et al., 2018).

La importancia de realizar este enfoque es que, las conductas alimentarias posteriores a la cirugía, como pueden ser los atracones, pueden reducir la efectividad de la misma, haciendo que la pérdida de peso sea más lenta y menor y que se produzca un aumento posteriormente (Gómez et al., 2018).

Por lo tanto, a pesar de que la cirugía bariátrica sea la mejor opción para estos pacientes, no es recomendable realizarla sin un seguimiento nutricional y psicológico, ya que los efectos positivos de esta cirugía deben ser acompañados de cambios a nivel nutricional y a nivel psicológico para que puedan ser mantenidos a lo largo del tiempo (Gómez et al., 2018).

9.- CONCLUSIONES

El trastorno por atracón, se trata de un tipo de trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por la ingesta de alimentos en grandes cantidades, acompañados de una sensación de falta de control. Comparte ciertas similitudes con otros trastornos, como la bulimia, pero se distingue de esta por la falta de conductas compensatorias. Por otro lado, puede presentarse comorbilidad con otros trastornos como la alimentación emocional o la adicción a la comida.

Por ello, a la hora de abordar un tratamiento, lo primero que se debe hacer es determinar correctamente los signos y síntomas que tiene el paciente. Hay que considerar que, existen patologías con síntomas muy similares y que además, pueden coexistir en una misma persona, por lo que hay que llevar a cabo un diagnóstico diferencial, para poder determinar correctamente, que es aquello que debemos tratar.

Además, cuando se lleve a cabo el planteamiento del tratamiento, se debe realizar de manera integral. Es decir, llevando a cabo un trabajo colaborativo con los distintos profesionales de la psicología. Aunque pueda parecer que la nutrición y el ejercicio no tengan relación con el tratamiento psicológico, debemos recordar que ambos tienen beneficios muy útiles para la persona, ya que, de alguna manera, funcionan como el

pegamento de la terapia. Es decir, gracias a este trabajo multidisciplinar, el tratamiento lleva una progresión más rápida y se mantiene a largo plazo.

Por último, es necesario recordar de que a pesar de que el trastorno por atracón tenga relación con la obesidad, debido a la ingesta excesiva de calorías, también puede afectar a personas con un peso normal. Se trata de una relación compleja, en la cual entran en juego muchos más factores, además, no hay evidencia suficiente sobre si dejar de tener atracones puede llevar a una pérdida de peso significativa en pacientes con trastorno con atracón y obesidad. Es por ello, por lo que resulta esencial tratar el trastorno por atracón como una entidad única y no como un problema de pérdida de peso.

Además, es necesaria una visión más amplia del trastorno y de sus características para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado. Esto se debe a que se da una simplificación excesiva de los criterios diagnósticos del DSM-V TR para este trastorno.

10.- BIBLIOGRAFÍA

Agüera, Z., Wolz, I., Sánchez, I., Sauvaget, A., Hilker, I., Granero, R., ... & Aranda, F. F. (2016). Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (117), 17-30.

Alcaraz, R. C. (2005). RICYDE. Revista Internacional de Ciencias del Deporte.

American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.

Barcia Briones, M. F., Pico Macías, L. A., Reyna Murillo, J. L., & Vélez Muñoz, D. Z. (2019). Las emociones y su impacto en la alimentación. *Caribeña de Ciencias Sociales*, (julio).

Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, *35*(6), 483–490. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600005 de los trastornos mentales (5.ª ed.). Washington, DC: Autor.

Castro Coronado, A. L., & Ramírez Brenes, A. L. (2013). Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Revista costarricense de salud pública*, *22*(1), 20–26. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000100005

Cebolla, A., Perpiñá, C., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J., & Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, *77*(2), 98–102. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.11.027

Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, *6*(2), 97-107.

Culbert, K.M., Racine, S.E. and Klump, K.L. (2015), Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. J Child Psychol Psychiatr, 56: 1141-1164. https://doi.org/10.1111/jcpp.12441

Dorrego Cano, D., & Canitrot González, I. (2023). Efectos del ejercicio físico en personas con TCA.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528.

García-Marín, Pedro, V. A.-M. y. R. M.-A. (2016, enero). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 67–74.

Gómez Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., ... & Martín Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, *35*(SPE1), 49-97.

Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón" binge eating disorder". *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32.

Hernández Rodríguez, José, & Ledón Llanes, Loraine. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, *29*(2), 1-15. Recuperado en 04 de diciembre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000200009&lng=es&tlng=es.

Marinkovic, P. P., & Covarrubias, W. K. (Eds.). (2021). *Guía de supervivencia para estudiantes en Pandemia*. Universidad de Santiago de Chile.

Morales PAR, Gordillo GCA, Pérez ACJ, et al. Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. Gac Med Mex. 2014;150(Suppl: 1):125-131.

Oberndorfer, T. A., Frank, G. K., Simmons, A. N., Wagner, A., McCurdy, D., Fudge, J. L., ... & Kaye, W. H. (2013). Altered insula response to sweet taste processing after recovery from anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *170*(10), 1143-1151.

Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA, 70– 74.

RedBakery. (s/f). *Consumo Hedónico: Búsqueda del Placer*. Redbakery.cl. Recuperado el 4 de abril de 2024, de https://redbakery.cl/2019/06/12/consumo-hedonico-busqueda-del-placer/

Rubio, N. M. (2021, septiembre 2). *Terapia de Fairburn: características, funcionamiento y fases*. pymOrganization. https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-fairburn

Segura, R. (1986). Nutrición, deporte y obesidad. *Apunts Medicina del" Esport (Castellano)*, *23*(090), 197-208.

Swanson, S. A., Saito, N., Borges, G., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M. E., & Breslau, J. (2012). Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from México to the US. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(1), 31–37. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.008

Yager, J. (2020). Eating disorders: Overview of epidemiology, clinical features, and diagnosis. *UpToDate, Roy-Byrne P (section editor), Solomon D (deputy editor). Updated Oct 8*.