



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Trastorno de la conducta alimentaria
¿Qué es el trastorno por atracón?**

Autor/a: Emma Pérez López

Director/a: Alfonso Méndez

Madrid
2019/2020

Resumen

El trastorno por atracón ha sido incluido en el DSM-V como un trastorno con entidad propia que se diferencia principalmente de la bulimia nerviosa en que, en este, no existen conductas compensatorias tras el atracón. El trastorno por atracón ha resultado ser el más prevalente de los trastornos de la conducta alimentaria entre la población mundial, su aparición se sitúa entre los 18 y los 20 años y afecta de manera similar tanto a hombres y mujeres. Asimismo, se estima que alrededor del 30% de las personas con obesidad o sobrepeso padecen también trastorno por atracón. Otros trastornos psicológicos comórbidos son los trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias. Como instrumentos de evaluación y debido a su reciente inclusión en el DSM-V, aún se utilizan instrumentos de evaluación general para otros trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo, existen la *Binge Eating Scale* y el *Eating Disorder Screener-7*, diseñados específicamente para la evaluación y detección precoz del trastorno por atracón. En cuanto al tratamiento, se opta por tres abordajes diferentes, tratamiento psicológico, tratamiento farmacológico y cirugía bariátrica, aunque existe un amplio consenso entre los profesionales, que afirman que el más efectivo es el tratamiento psicológico de corte cognitivo-conductual.

Palabras clave: DSM- V, Trastorno de la conducta alimentaria, Trastorno por atracón, atracón

Abstract

Binge eating disorder has been included in the DSM-V as a disorder with its own entity that differs mainly from bulimia nervosa in that in binge eating disorder, there are no compensatory behaviors after binge eating. Binge eating disorder has turned out to be the most prevalent of eating disorders among the world population, its appearance is between 18 and 20 years old and similarly affects both men and women. Likewise, it is estimated that around 30% of people with obesity or overweight also suffer from binge eating disorder. Other comorbid psychological disorders are affective, anxiety, and substance abuse disorders. As evaluation instruments and due to its recent inclusion in the DSM-V, general evaluation instruments are still used for other eating disorders, however, there are the Binge Eating Scale and the Eating Disorder Screener-7, designed specifically for the evaluation and early detection of binge eating disorder. Regarding treatment, three different approaches are chosen: psychological treatment, pharmacological treatment and bariatric surgery, although there is a broad consensus among professionals, who affirm that the most effective is cognitive-behavioral psychological treatment.

Key words: DSM-V, Eating disorder, Binge eating disorder

Índice

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Introducción..... | 4 |
| 2. | Metodología..... | 6 |
| 3. | Concepto de Trastorno por Atracón (TA) | 7 |
| 4. | Prevalencia..... | 10 |
| 5. | Etiopatogenia y factores que facilitan su aparición | 12 |
| 6. | Comorbilidad con otras enfermedades y trastornos mentales | 14 |
| 7. | Diferencias con otros trastornos psicológicos y patologías..... | 15 |
| 8. | Instrumentos de evaluación | 17 |
| 9. | Tratamiento psicológico | 19 |
| 10. | Discusión | 23 |
| 11. | Referencias | 25 |
| 12. | Anexos | 30 |

1. Introducción

En los últimos años los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) han adquirido un gran interés, tanto a nivel social como clínico, debido al notable aumento de su prevalencia y sobre todo por la temprana edad a la que aparecen, generalmente durante la adolescencia, pero cada vez en personas más jóvenes.

Dicha alteración psicopatológica se engloba dentro de la categoría de trastornos mentales. En este estudio se entiende como trastorno mental:

“Patrones de comportamiento de significación clínica que aparecen asociados a un malestar emocional o físico de la persona, a una discapacidad, al deterioro en el funcionamiento cotidiano, a la pérdida de libertad o incluso a un riesgo significativamente aumentado de implicarse en conductas contraproducentes o de morir prematuramente.” (Echeburúa, Salberria y Cruz-Sáez, 2014).

Los últimos datos recogidos por el Ministerio de Salud de España, referentes al año 2017, muestran que el 10,8% de la población española mayor de 18 años fue diagnosticada de algún trastorno mental. Esto significa que cerca de dos de cada diez personas en España presenta un trastorno mental de los cuales, las mujeres representan un mayor porcentaje, 14,1% frente a un 7,2% en los hombres.

Tanto los datos epidemiológicos, donde los estudios nos muestran su alta incidencia, como las repercusiones físicas, sociales y “psicológicas”, y el deterioro que provoca en el entorno de los pacientes, nos señalan que se han convertido en trastornos de alta gravedad y complejidad sociosanitaria, por lo que se ha generado un gran interés en conocer los factores de aparición y de mantenimiento de estos trastornos. Este aumento del interés en el campo clínico ha provocado que se hayan recogido en el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), criterios de diagnóstico de conductas alimentarias para su fácil identificación y posterior estudio y que reciben el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Este tipo de trastornos se caracterizan por “una alteración persistente de la conducta relacionada con el hecho de alimentarse que impacta negativamente sobre la salud y las capacidades psicosociales de aquellos que

los padecen” (Gómez-Candela et al., 2017). Estos mismos autores determinan que en la actualidad la prevalencia de TCA en la población mundial es del 13% y tiene mayor afectación en mujeres y adolescentes.

Desde 2013, el trastorno por atracón (TA) cuenta con entidad propia en el DSM-V y supone una nueva categoría diagnóstica incluida en los TCA. Pero, a fecha de la realización de este estudio, no se incluye en ninguna categoría diagnóstica dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), manual creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Uno de los síntomas más visibles y que afectan a un amplio porcentaje de personas que sufren trastorno por atracón son el sobrepeso y la obesidad, enfermedades que representan un enorme problema de la salud pública ya que, según los datos más recientes recogidos por la OMS en 2016, cerca del 52% de la población mundial sufría alguna de estas patologías. Sin embargo, a diferencia de la percepción que tienen la sociedad de una persona afectada por la anorexia nerviosa (AN), donde a veces los niveles de desnutrición y la extrema delgadez son signos visibles que producen un juicio relevante y anticipatorio, en el TA ocurre lo contrario. Es difícil asociar el exceso de peso a factores asociados de origen psicológico y socialmente se suele valorar como falta de motivación, exceso de glotonería o simplemente una búsqueda desmesurada de placer en la comida. Por lo que informar sobre qué es este trastorno y cuáles son sus efectos puede ayudar a eliminar prejuicios sobre las personas con sobrepeso u obesidad y a concienciar sobre las diversas manifestaciones que puede tener un trastorno alimentario.

Siguiendo la misma línea de los datos respecto a los TCA, se ha estimado en diversos estudios realizados poco después de la incorporación del TA al DSM-V, que este trastorno también es más frecuente en mujeres (Kessler et al., 2014) y que tiene una mayor prevalencia en la población adulta frente a otros TCA (Kessler et al., 2013).

Por último y en cuanto a la etiopatogenia de los TCA, la Associació contra l’Anorèxia i la Bulímia expone que, aunque actualmente no se conoce cuál es el origen exacto de los TCA, se entiende que surgen de la combinación de diferentes factores de riesgo, tanto individuales (sexo, genética...) como sociales y del entorno (cánones de belleza establecidos, estructura familiar...).

El objetivo principal de este estudio es realizar una revisión bibliográfica de diferentes aspectos (prevalencia, etiopatogenia y factores facilitadores de la aparición) del trastorno por atracón para reunir, en un solo documento, la información relevante a cerca de este desconocido trastorno. Para comprender y delimitar el TA, se hará una descripción de los trastornos de la conducta alimentaria y se llevará a cabo la descripción de otros trastornos de la conducta alimentaria, en concreto la anorexia y la bulimia nerviosa para analizar los criterios diagnósticos diferenciales entre los tres trastornos de la conducta alimentaria principales.

2. Metodología

La investigación es de tipo documental dado que se ha llevado a cabo una revisión literaria del concepto y del desarrollo del trastorno por atracón a lo largo de los años; así como de los factores que facilitan y mantienen su aparición; y de las diferencias entre este, la anorexia nerviosa y a bulimia nerviosa.

Las bases de datos consultadas han sido: PubMed y Medline, ambas pertenecientes a la Biblioteca nacional de medicina de EE. UU., Elsevier, Scielo, Dialnet y ScienceDirect. Google Scholar se utilizó para recuperar textos completos y en las primeras fases de búsqueda. Además, se han consultado páginas webs de centros para el tratamiento de los TCA en los que aparecen información u otras fuentes de referencia como estudios, artículos o libros. A raíz de esta búsqueda, se encontró el libro “*Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*” de José I. Baile Ayensa y María J. González Calderón (2016), ambos doctores en Psicología y especializados en los trastornos del comportamiento alimentario. Este libro ha sido escogido como referencia principal para este trabajo debido a que hace una recopilación completa de la información publicada sobre el trastorno por atracón.

Como palabras clave para la búsqueda se utilizaron los siguientes:

- “Trastornos de la conducta alimentaria”
- “Trastorno por atracón”
- “*Binge eating disorder*”
- “*Obesity*”
- “Trastornos de la conducta alimentaria no especificados”

- DSM-V

Durante la primera fase de búsqueda se recogieron un total de 47 artículos relacionados con el tema de estudio y para ello se utilizaron las palabras clave ya referidas. En la segunda fase de búsqueda, se acotaron los términos de búsqueda aplicando criterios de exclusión que desechaban algunos de los documentos relacionados, ya que se apartaban del objeto de estudio. Algunos de los criterios de exclusión fueron, que el artículo estuviese relacionado con la adicción a la comida, artículos posteriores a 2013 que se refieren al trastorno por atracón como bulimia nerviosa no purgativa, estudios experimentales que no tuvieran una muestra representativa y que el documento no fuese sido obtenido a través de una fuente académica u organizaciones especializadas en los trastornos del comportamiento alimentario. Además, se ha tratado de utilizar como fuentes principales autores de referencia en este campo y para ello, se ha localizado aquellos que son más mencionados en otras investigaciones. Por último, la búsqueda de mayor complejidad y afinación se ha realizado en las bases de datos mencionadas utilizando ecuaciones de búsqueda combinada con los operadores booleanos AND y NOT.

Finalmente, de los 58 artículos recopilados al comienzo del estudio, se seleccionaron para su posterior lectura 47, de los cuales 41 fueron considerados válidos para su utilización para el desarrollo de este trabajo. El inglés ha sido la lengua predominante en los artículos seleccionados, aunque se ha considerado útil incluir otros en español.

Una de las mayores limitaciones a la hora de recabar información útil para el desarrollo del tema ha sido la reciente inclusión de este trastorno con entidad propia en el DSM-V por lo que por el momento, se cuenta con escasa literatura a cerca de este trastorno y algunos de los resultados más relevantes se encuentran antes de dicho año.

3. Concepto de Trastorno por Atracón (TA)

Albert J. Stunkard, psiquiatra especializado en estudios sobre obesidad, hace por primera vez una aproximación conceptual del trastorno por atracón en su artículo "*Eating patterns and obesity*" (Stunkard, 1959). En dicho artículo, menciona tres patrones de alimentación en personas obesas, el síndrome del comedor nocturno, los atracones de

comida y la dificultad para saciarse después de la ingesta. A raíz de la identificación de estos tres patrones, surge la definición del trastorno por atracón.

En 1970 Arthur Kornhaber reconoce el “síndrome de atiborramiento” (*Stuffing syndrome*) al que asocia tres síntomas principales, hiperfagia (aumento de la sensación de apetito), malestar emocional y depresión (Kornhaber, 1970, citado en Baile y González, 2016). Después de la publicación de estos artículos, durante los años 80 comienza a detectarse el aumento de casos en los que las personas con sobreingesta no realizaban conductas compensatorias. Desde este momento, los expertos sugirieron la configuración de un nuevo trastorno para así, diferenciarlo de la bulimia nerviosa, trastorno que hasta el momento, se venía asociando a los atracones de comida. En los estudios anglosajones se le denominó como *Binge eating disorder* o *Compulsive overeating* y en España se tradujo como “Sobreingesta compulsiva”. Actualmente, aunque no existe consenso sobre el término en castellano, la mayoría de los expertos y documentos oficiales han optado por “trastorno por atracón” (Baile y González, 2016).

Todas estas primeras aproximaciones terminológicas nada tienen que ver con la actual definición de lo que supone este trastorno pues actualmente se conoce que, a diferencia de lo que se creía, los atracones no se reducen a alimentos hipercalóricos ni los sujetos que responden a estas características mantienen una dieta estricta ni permanente. Por otro lado, lo encontrado respecto al impacto emocional, el malestar que les generan los atracones y la escasa preocupación por mantener un peso ideal, sí que se han mantenido como ciertos a lo largo de los estudios realizados.

En 1994 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV o DSM-IV. Con esta publicación, aparece la primera definición oficial del TA y sus criterios. A pesar de ello, aunque una persona que cumpliera dichos criterios no era diagnosticada de trastorno por atracón dado que aún no contaba con entidad propia y el diagnóstico era el de trastorno del comportamiento alimentario no especificado (TCANE), ya que se encontraba dentro de este grupo. La categoría de TCANE incluye cuadros subclínicos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y criterios de diagnóstico para estudios posteriores sobre el Trastorno por atracón.

Ha sido en la última edición del DSM-V donde se ha incluido, dentro de la categoría de los TCA, el trastorno por atracón como un trastorno mental con entidad propia. El citado manual de diagnóstico define este trastorno como “episodios recurrentes de ingesta compulsiva que supera claramente la cantidad de alimento que otra persona en un mismo periodo de tiempo en una misma situación sería capaz de ingerir, la sensación de pérdida de control en aquello que se está ingiriendo y el malestar excesivo respecto a dichos atracones.” (APA, 2013)

Sin embargo, no es así en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ya que esta clasificación solo reconoce como trastornos la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Bien es cierto que para la onceava edición del CIE, prevista su publicación para enero de 2022, el trastorno por atracón está propuesto para ser incluido en dicha clasificación (WHO, 2019).

A continuación (Cuadro 1), se muestran los criterios para el trastorno por atracón definidos por el DSM-V. La principal diferencia entre el DSM-IV y la nueva edición es la modificación en la frecuencia en la que suceden los atracones, mientras que en la edición pasada los atracones se daban al menos dos veces a la semana durante seis meses, en esta nueva actualización se podría diagnosticar TA a partir de un atracón a la semana durante un mínimo de tres meses. Esta reducción en la frecuencia supone para algunos autores, la posibilidad de un aumento en el diagnóstico de este trastorno ya que entienden que la definición que se ofrece en el manual resulta vaga y puede ser confundida con la simple glotonería e incluso, puede suponer una “epidemia” de supuesto pacientes mal identificados (Echeburúa, et al., 2014; Frances, 2013 citado en Thomas, 2014). Otra de las diferencias es la inclusión de criterios útiles para valorar en qué situación se encuentra el paciente tras el diagnóstico del trastorno, si se encuentra en remisión y de qué tipo, parcial o total. Por último, también se han incluido criterios para la graduación de la gravedad del trastorno en leve, moderado, grave o extremo según el número de atracones a la semana.

- | |
|--|
| <p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en circunstancias similares. |
|--|

2. Sensación de pérdida de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad que se ingiere).
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los hechos siguiente:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se sienta hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.
- Especificar si:
- En remisión parcial:*
Si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.
- En remisión total:*
Si después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.
- Especificar la gravedad actual:
La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.
- Leve: 1-3 atracones a la semana
Moderado: 4-7 atracones a la semana
Grave: 8-13 atracones a la semana
Extremo: 14 o más atracones a la semana

Cuadro 1: Criterios diagnósticos del trastorno por atracón en el DSM-V
Fuente: APA, 2013

4. Prevalencia

Dentro de la categoría de trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por atracón es el más prevalente entre los TCA más conocidos. Es decir, la población que

sufre este trastorno es mayor a la que sufre anorexia y bulimia nerviosa (Kessler et al., 2013). Esta afirmación es apoyada por los resultados recogidos en un metanálisis (Cuadro 2), en él se describen los resultados obtenidos en diferentes países y culturas para cada TCA (Hoke, 2016).

| Country or continent | Anorexia nervosa (%) | Bulimia nervosa (%) | BED (%) |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| China [6,11] | 1.05 | 2.98 | 3.58 |
| Japan [6,12] | 0.43 | 2.32 | 3.32 ^a |
| Africa (pp. 00-00) [8] | <0.01 | 0.87 | 4.45 ^a |
| Latin America (pp. 00-00) [7] | 0.1 | 1.16 | 3.53 |
| Hispanics/Latinas USA (pp. 00-00) [9] | 0.08 | 1.61 | 1.92 |

Cuadro 2
Prevalencia de TCA en mujeres jóvenes
Fuente: Hoek, 2016

Un año después de la incorporación del trastorno por atracón al DSM-V, la Asociación Americana de Psicología estimó que, el 1,6% de las mujeres y el 0,8% de los hombres de la población adulta americana padecía este trastorno. Teniendo en cuenta estos datos y otros estudios (Grilo, 2002, citado en Baile y González, 2016; Kessler et al., 2013) se afirma que la prevalencia del TA se encuentra cerca del 2% de la población mundial. El estudio más reciente sobre este aspecto es un metanálisis del año 2015 que concluye que entre el 1% y el 2% de la población general padece este trastorno. (Ágh, et al., 2015).

Estos porcentajes aumentan si se tienen en cuenta poblaciones concretas, sobre todo mujeres, que son las que más padecen este trastorno, y más específicamente con una edad media de 20 años, rango de edad en el que comúnmente aparece el trastorno. Según el estudio sobre la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria incluidos en el DSM-V de Stice, Marti y Rhode (2013), el 6,6% de las mujeres de esta edad a nivel mundial sufre este trastorno. El matiz de estos resultados reside en que para obtener este porcentaje, también se han incluido manifestaciones subclínicas del trastorno (3,6%). En este mismo estudio se estableció que el rango de edad de aparición de este trastorno se sitúa entre los 18 y los 20 años.

Aunque más adelante se explicará más detalladamente, cabe hacer una mención especial en este apartado a la prevalencia de este trastorno en personas con problemas de sobrepeso u obesidad puesto que un alto porcentaje (alrededor del 30%) tanto en hombres como en mujeres que padecen alguna de estas patologías, sufren también este trastorno (Spitzer et al., 1992).

5. Etiopatogenia y factores que facilitan su aparición

Aunque hoy en día no se conocen las causas exactas de la aparición del TA, con anterioridad al 2013 y antes de la publicación de los criterios identificativos propios para este trastorno, se ha intentado dar una explicación su origen, publicado teorías desde distintas perspectivas, que intentan explicar el origen de este trastorno y por ello, la mayoría se basan sobre todo en las similitudes que presenta respecto a la bulimia nerviosa.

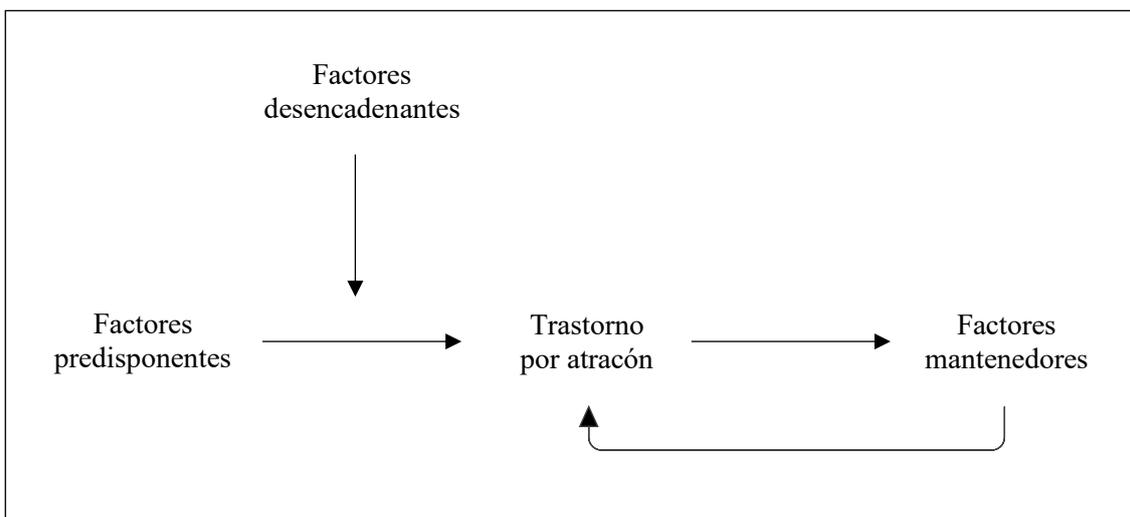
Desde la perspectiva biológica y más en concreto desde las teorías genéticas, se asume que la presencia de la variante genética FTO (gen asociado a la masa grasa y la obesidad) esta relacionada con el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de padecer obesidad. Asimismo, su presencia aumenta la probabilidad de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria y episodios de atracones, por lo que se entiende que es el TA el trastorno con mayor prevalencia en este tipo de población (Micali, Field, Treasure, Evans, 2015; Castellini et al., 2017).

Sin embargo, actualmente las teorías explicativas monocausales para los trastornos psicológicos en general, tienen poca resonancia entre los expertos puesto que se entiende que, son las teorías multicausales e integradoras las que más se acercan a la explicación etimológica de los trastornos psicológicos. Más en concreto para la explicación de los TCA se ha utilizado el modelo integrador de Toro y Vilardell (1987) que aunque esta enfocado en la anorexia nerviosa, se ha extrapolado su explicación al resto de trastornos de la conducta alimentaria y por consiguiente, también al trastorno por atracón. Este modelo propone tres factores que al interactuar entre sí, y no de manera independiente, generan y mantienen el trastorno (Baile y González, 2016):

- *Factores predisponentes* de cualquier naturaleza que facilitan la aparición del trastorno. En este tipo de factores se engloban, factores personales y psicológicos

como un inadecuado locus de control o la baja autoestima; características familiares como el tipo de apego y crianza; y factores sociales entre los que se encuentran la influencia de los iguales, la presión por alcanzar los cánones establecidos y el contexto en el que nos desenvolvemos.

- *Factores desencadenantes* que explican el inicio del trastorno y actúan sobre los factores predisponentes (estados emocionales e interacciones sociales negativas y estados psicobiológicos como la sensación de hambre). De estos factores, especial atención merecen los sentimientos negativos pues se ha encontrado que son el desencadenante común de los atracones (APA, 2013); encontrarse solo y aburrido; y romper normas autoimpuestas en relación con las pautas alimentarias.
- *Factores mantenedores* que por lo general, son las consecuencias a largo y corto plazo del trastorno y actúan como reforzadores negativos y positivos que mantienen la conducta alterada. Algunas de estas consecuencias a corto plazo son la evitación de pensamientos y estados afectivos negativos a través de la incapacidad de controlar el atracón, pues se produce un bloqueo de la consciencia y la reducción de los estados psicobiológicos aversivos como la sensación de hambre. A largo plazo las consecuencias más comunes para el mantenimiento de esta conducta son el logro de gratificaciones que este tipo de personas no encuentran en otras áreas de su vida y el mantenimiento de una dieta restrictiva que al final, acaba produciendo los atracones.



Cuadro 3

Representación gráfica del modelo integrador de Toro y Vilardell en relación al trastorno por atracón
Fuente: Baile y González, 2016

6. Comorbilidad con otras enfermedades y trastornos mentales

El *National Comorbidity Survey* realizó entre 2001 y 2003 un estudio que estableció que, 4 de cada 5 personas padecen al menos otro trastorno mental asociado al TA y 1 de cada 2, lo hacen con 3 o más trastornos mentales comórbidos del TA. En otro estudio se encontró que los trastornos comórbidos con mayor prevalencia para el trastorno por atracón son los trastornos afectivos (54,2%) y más en concreto el trastorno depresivo mayor (Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl y von Hausswolff-Juhlin, 2015) cuyo estudio confirma los resultados obtenidos en estudios anteriores (Grilo, 2002 citado en Baile y González, 2016); trastornos de ansiedad entre los que destaca el trastorno de estrés post-traumático (37,1%) y abuso de sustancias (24,8%) (Guerdjikova, Mori, Casuto y McElroy, 2019). A raíz de estos porcentajes, se ha indagado más a fondo en el trastorno de estrés post-traumático y se encontró que en 2016 se realizó un metanálisis que recogía 70 estudios que evaluaban la relación entre estrés post-traumático y vivencia de hechos traumáticos en cualquier etapa de la vida con obesidad y trastorno por atracón. En este metanálisis el 90% de los estudios han concluido que existe una relación significativa entre este trastorno y el TA (Palmisano, Innamorati y Vanderlinden, 2016).

Además de estos trastornos asociados, también se ha encontrado que existen una alta relación entre el trastorno por atracón y los intentos de suicidio. En un estudio realizado con población suiza, los intentos de suicidio aparecen como el cuarto factor comórbido asociado al TA después de los ya mencionados. (Welch., et al., 2016). A nivel general, cabe destacar que los intentos de suicidio y las acciones autolíticas, forman parte de las acciones más comunes llevadas a cabo por personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria en general (Islam, Steiger, Jimenez-Murcia, et al., 2015 citado en Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad y sobrepeso son factores reseñables de comorbilidad con el TA. Esto se ha podido comprobar gracias a los estudios centrados en estas dos patologías y en su relación con este trastorno. Es cierto que aunque no todas las personas diagnosticadas con TA sufren también alguna de estas patologías, el porcentaje de la representación es elevada. Esta afirmación esta apoyada por estudios como el ya mencionado del *National Comorbidity Survey*, que concluyó que el 42% de las personas que padecían el trastorno por atracón, también padecían o habían padecido

obesidad en el algún momento de su vida. También un estudio realizado con población de América latina encontró que alrededor del 50% de sujetos que padecen el trastorno por atracón, también es diagnosticada con obesidad (da Luz, Hay, Touyz y Sainsbury, 2018). En 1992 Spitzer et al., realizaron un estudio con pacientes que se sometían a tratamientos de pérdida de peso, de los sujetos evaluados se determinó que el 31,9% de las mujeres y el 20,8% de los hombres sufrían trastorno por atracón, lo que supone una alta tasa de prevalencia de este trastorno entre esta población específica. Actualmente y teniendo en cuenta los nuevos criterios del DSM-V, se estima que el 48,3% de las personas obesas que quieren someterse a una cirugía bariátrica¹ padecen este trastorno (Vinai, 2014).

Teniendo en cuenta este amplio porcentaje de comorbilidad, hay que suponer que un gran número de personas afectadas por este trastorno también ven afectada su calidad de vida asociada a la salud, debido a las patologías orgánicas que conllevan el sobrepeso y la obesidad. Las enfermedades con mayor significación en relación con estas dos condiciones están representadas en todos los aspectos pues afectan sobre todo a nivel metabólico, de las cuales son la diabetes, la hipertensión arterial, la colelitiasis y los accidentes cerebrovasculares las que tiene una mayor correlación; pero también están representadas en enfermedades mecánicas como la osteoartrosis degenerativa y la apnea del sueño (Arteaga, 2012).

7. Diferencias con otros trastornos psicológicos y patologías

Como ya se ha mencionado anteriormente, el trastorno por atracón no ha sido reconocido oficialmente hasta hace pocos años y por tanto, características significativas del TA como los atracones de comida y la obesidad eran relacionados con otras psicopatologías como la bulimia nerviosa y algunos trastornos del estado de ánimo y de la personalidad; y con patologías como la obesidad y el sobrepeso (Baile y González, 2016).

¹ Cirugía en la que se interviene en el estómago con la intención de reducir la capacidad o el funcionamiento del aparato digestivo. Actualmente se hacen cirugías de dos tipos principalmente, gastrectomía tubular, o disección del estómago en forma de banana, donde se reduce la capacidad, y el by-pass gástrico, donde se modifica la circulación natural del alimento a través del estómago y duodeno.

La obesidad que presentan algunos pacientes a raíz del trastorno puede ser confundida con personas obesas que, sin ningún tipo de trastorno psicológico, ingiere de manera habitual grandes cantidades de comida. La forma de diferenciar ambos diagnósticos es identificar uno de los criterios principales del DSM-V, la vivencia de pérdida de control y angustia que se tiene sobre el atracón ya que una persona sin esta psicopatología no tiene tal vivencia (Baile y González, 2016). Siguiendo la línea de la psicopatología, hay que tener en cuenta que el trastorno por atracón tiene un peor pronóstico a nivel psicológico pues se ve aumentada la probabilidad de sufrir un mayor número de alteraciones psicopatológicas que las personas obesas sin TA (Baile, 2014). Sin embargo, el APA refiere que en el ámbito del tratamiento de ambos diagnósticos, las personas con trastorno por atracón tienen mejores expectativas de recuperación, debido a que el tratamiento para la obesidad tiene una alta complejidad.

Con menor frecuencia que los anteriores, el trastorno por atracón puede ser confundido con trastornos del estado de ánimo como la depresión o la bipolaridad. En estos casos, es frecuente el cambio en las pautas alimentarias, que conllevan la disminución o el aumento de la ingesta de alimentos y por tanto el incremento de peso en algunos sujetos. Sin embargo, en las personas con estos trastornos no aparecen la sensación de pérdida de control ni el malestar tras los atracones. Además, la frecuencia con la que se producen los atracones es inferior a la de una persona con trastorno por atracón. A pesar de ello, es frecuente que trastorno por atracón y trastorno depresivo mayor se presenten de manera concomitante y por tanto, es imprescindible que se diagnostiquen ambos trastornos (Navarro, 2016).

Por último, el trastorno límite de la personalidad incluye dentro de sus criterios diagnósticos la impulsividad en dos o más áreas, entre las que se encuentran los atracones alimentarios. Pero en este caso el criterio diferencial para el TA y este trastorno es que en el trastorno límite de la personalidad los trastornos tendrían una finalidad autolítica mientras que en el TA no. Al igual que en los casos anteriores, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, es imprescindible el diagnóstico de ambos (APA, como se citó en Navarro, 2016).

8. Instrumentos de evaluación

Para hacer una evaluación sobre cualquier TCA hay que tener en cuenta que representan algo más que una conducta alimentaria alterada, sino una manera de expresar malestar, vacío o un problema familiar de hondo calado por lo que, es conveniente tomar como técnica principal la *entrevista*, en cualquiera de sus modalidades, para explorar detenidamente la historia clínica y psicosocial del paciente (Saldaña, 1994 citado en Baile y González, 2016). En el ámbito clínico, se ha tomado como referencia el uso de la *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV* (IDED-IV; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998) que evalúa, además de los apartados ya mencionados, los criterios diagnósticos del trastorno sospechado y que cuenta con una adaptación en castellano en el libro sobre trastornos de la conducta alimentaria de Raich (2011).

Como complemento a las entrevistas, se utilizan otras técnicas de evaluación como test, cuestionario o autorregistros. Estos instrumentos “secundarios”, por lo general provienen del mundo anglosajón y algunos no cuentan con adaptaciones a otras lenguas y culturas, aunque, es esperable que con el aumento de la toma de conciencia de la amplia prevalencia del TA, cada vez sea mayor la adaptación de estas técnicas para otras poblaciones. También hay que valorar que la mayoría de ellos fueron validados cuando el TA aún no contaba con entidad propia, y por tanto los criterios diagnósticos eran diferentes (Cuadro y Baile, 2015).

Algunas de las escalas más usadas a nivel general y cuya aplicación se ha extrapolado a la evaluación del TA son el *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmsted y Polivy, 1938), el *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ; Stunkard y Messick, 1985), la versión actualizada del *Questionnaire of Eating and Weight Patterns* (QUEW-R; Spitzer et al., 1992) y la versión acortada del *Eating Disorder Examination Questionnaire* con instrucciones (EDE_Q_I; Fairburn y Beglin, 1994). En el caso de la aplicación de los cuestionarios que evalúan los TCA en cualquiera de sus categorías hay que tener en cuenta que una de las características diferenciales del trastorno por atracón de otros trastornos de la conducta alimentaria es la menor preocupación por el aspecto físico (Amianto et al., 2015; Cuadro y Baile, 2015). Por lo tanto, en los ítems del instrumento que exploran la imagen corporal, las personas con TA obtendrían puntuaciones inferiores

al resto de población con otros trastornos de la conducta alimentaria, afectando así a la puntuación global obtenida en el cuestionario y pudiendo dar como resultado un “falso negativo”, concluyendo que dicha persona no padece un trastorno por atracón (Baile y González, 2016).

Dejando a un lado los instrumentos de evaluación general de los TCA, se encuentra que aún no existen un gran número de escalas y cuestionarios que se centren específicamente en el trastorno por atracón. La *Binge Eating Scale* (BES; Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982) es la única escala que ha recibido especial atención por clínicos e investigadores y la que ha sido específicamente diseñada para la evaluación del TA y se han asegurado su continua actualización y su completa validación en diferentes ámbitos y contextos (Baile y González, 2016); (Véase Anexo 1). Esta escala está compuesta por 16 ítems en las que las opciones de respuesta varían entre cuatro y cinco y que evalúan la relación entre episodios de atracones y aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la persona. La puntuación varía entre 0 y 46 puntos y estos se dividen en diferentes franjas, según el nivel de riesgo de padecer el trastorno, “ausencia o bajo riesgo de padecer trastorno por atracón (menos de 17 puntos), riesgo moderado (18-26 puntos) y riesgo severo (27 puntos o más) (Grupski, et al., 2013; Robert, et al., 2013 citado en Baile y González, 2016).

En 2004 Celio, Wilfley, Crow, Mitchell y Walsh realizaron un estudio comparativo entre los instrumentos más utilizados en la evaluación del trastorno por atracón. Concluyeron que la BES y el QUEW-R son útiles como instrumentos de detección precoz del trastorno, pero no son recomendables para rechazar “falsos positivos” por su imprecisión en esta tarea. Además, se concluyó que el EDE_Q_I es el instrumento con mayor precisión para evaluar la frecuencia con la que se producen los atracones. Gracias a estos resultados positivos, hoy en día se está trabajando en la actualización de estos instrumentos para afinar su uso en la evaluación y valoración del trastorno por atracón y su validación en diferentes poblaciones (Carrard, Rebetz, Mobbs y Van der Linden, 2014; Yanovski, Marcus, Wadden y Walsh, 2015; Carey et al., 2019).

El instrumento de más reciente validación para la detección y evaluación de este trastorno ha sido desarrollado por la compañía biofarmacéutica Shire Inc y es el *Binge Eating Disorder Screener-7* (BEDS-7), un breve cuestionario de autoinforme que permite

tanto a especialistas como a particulares la rápida detección del trastorno para el posterior diagnóstico (Véase Anexo 2). El autoinforme está compuesto por 7 ítems relacionados con los criterios diagnósticos del TA según el DSM-V. Teniendo en cuenta estos resultados el profesional puede hacer un diagnóstico preciso y con mayor rapidez sobre el trastorno por atracón (Herman, et al., 2016).

9. Tratamiento psicológico

Teniendo en cuenta lo que se ha expuesto a lo largo de este estudio, el TA continúa siendo el trastorno de la conducta alimentaria con menor notoriedad a nivel social, lo que provoca que ya sea por desconocimiento de sus características o por la normalización de las conductas de atracón, muy pocas personas acuden a un especialista para recibir un tratamiento (Ágh et al., 2015). A esto se le añaden las dificultades personales de confiar en un tercero a cerca de conductas que están “mal vistas” por la sociedad y que es probable que lleven años haciendo a escondidas, por lo que la adherencia al tratamiento y la alianza terapéutica se ve resentida en algunas ocasiones, dificultando así la puesta en marcha de los resultados positivos y aumentando la probabilidad de abandonos del tratamiento o recaídas (Baile y González, 2016).

El tratamiento para el trastorno por atracón, y para cualquier TCA en general, supone un abordaje complejo debido a que es necesario intervenir en tres áreas diferentes. Primero, en las características propias del trastorno como el malestar intenso y la vergüenza tras los atracones así como la insatisfacción corporal, que aunque sea menor que en la AN y en la BN, es un pensamiento propio de este trastorno. En segundo lugar, es necesario tratar las psicopatologías y enfermedades físicas derivadas del trastorno que presente el sujeto. Y por último, intervenir para poner solución a aquellos casos en los que el paciente presente problemas de obesidad o sobrepeso. No con el fin de reducir el peso sino con el objetivo de reducir el número de atracones y por ende el peso. (Claudino y Morgan, 2012).

El trastorno por atracón puede abordarse desde diferentes estilos de tratamiento, abordaje psicológico con terapias de autoayuda y psicoterapias, abordaje farmacológico, que actualmente está en revisión debido principalmente a dos cuestiones, se han

presentado resultados limitados para su eficacia y no existe consenso entre los profesionales sobre que grupo de fármacos es más recomendable, aunque diversos estudios sugieren que podrían ser los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como la fluoxetina (Brown y Keel, 2012; Amianto et al., 2015) y con cirugía bariátrica. Sin embargo, se debe puntualizar que este último tipo de tratamiento no incide directamente en el trastorno, sino en la obesidad que acompaña al trastorno, y que existen criterios de exclusión que imposibilitan realizar este tratamiento en algunos casos, debido a la probabilidad de que se acentúen los síntomas referentes a trastornos psicológicos previos a la intervención quirúrgica o a que no se produzca la disminución del peso previsto. Los criterios de exclusión para la cirugía bariátrica son los hábitos de alimentación irregulares como “picar entre horas”, comer deprisa y con ansiedad y atracones; y trastornos psicológicos con sintomatología activa previa a la intervención, esto son el retraso mental grave², esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad graves, abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias, trastorno depresivo mayor, bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Pérez y Gastañaduy, 2005).

En vista de estos criterios de exclusión, son entre el 20% y el 30% de los sujetos candidatos a esta intervención quirúrgica a los que se les insta a “recomienda” someterse a cualquiera de otros tratamientos ya mencionados de manera previa a la cirugía para abordar el trastorno por atracón, establecer unos hábitos de alimentación saludables y tratar otros trastornos psicológicos comórbidos al TA (Sarwer et al., 2004; Pawlow, O’Neil, White y Byrne, 2005). El caso que aquí nos ocupa es el abordaje psicológico y desde este punto de vista se encuentran diferentes opciones:

Según numerosos estudios y metanálisis, la psicoterapia se ha demostrado como el tratamiento más efectivo para el trastorno por atracón (Vocks,2010; Brown y Keel, 2012; Iacovino, Gredysa, Altman y Wilfley, 2012 citado en Amianto et al., 2015). De las diferentes psicoterapias que existen es la terapia cognitivo-conductual (TCC) la que más atención ha recibido para el tratamiento del trastorno por atracón debido a los resultados favorables obtenidos en el tratamiento de la bulimia nerviosa y su semejanza al TA. Siguiendo esta afirmación y con el objetivo de establecer cuál es la psicoterapia más

² Es fundamental que para que se produzcan los mejores resultados de la cirugía bariátrica el paciente pueda comprender en qué consiste la cirugía, cómo se realiza el preoperatorio y cuáles son las exigencias y cuidados que conlleva el posoperatorio.

efectiva a medio y largo plazo (12 meses o más), en 2018 se realizó un estudio que comparaba diferentes psicoterapias, entre las que se incluía la TCC, la terapia conductual para perder peso y la terapia combinada de TCC y terapia conductual para perder peso y se concluyó que el trastorno por atracón en el 51% de los pacientes de TCC había remitido, mientras que un 40% lo había hecho en aquellos que se sometían a la terapia combinada y un 36% en la terapia exclusiva para perder peso (da Luz et al., 2018). En 2002, Wilfley verifica que la terapia cognitivo-conductual influye positivamente en la reducción de la frecuencia de atracones, modifica las actitudes distorsionadas a cerca de la imagen corporal y reduce la sintomatología psicopatológica (citado en Baile y González, 2016). En 1993, Fairburn, Marcus y Wilson establecieron un protocolo cognitivo-conductual para el tratamiento de la BN y actualmente, tras diversos ajustes y validaciones se ha adaptado para el trastorno por atracón.

La otra terapia predominante en el tratamiento del TA es la terapia interpersonal (TIP). El foco de atención se centra en el manejo de las relaciones interpersonales ya que parte de la idea de que los atracones, por el malestar y la vergüenza que generan provocan retraimiento y aislamiento social. Este tipo de terapia sigue un protocolo de aplicación:

“La terapia es llevada a cabo durante 20 sesiones divididas en tres etapas, la primera consiste en identificar los problemas interpersonales en las diferentes áreas que estén influyendo en el paciente y su TCA; en la segunda fase se procede a realizar cambios en las interacciones interpersonales, así como en los aspectos cognitivos y emocionales implicados, animando al paciente a que tome la iniciativa; y por último, en la tercera fase se trabaja el mantenimiento de los logros alcanzados y la prevención de las recaídas” (Baile y González, 2014 citado en Baile y González, 2016).

La TIP ha mostrado resultados positivos para la remisión del trastorno por atracón, la pérdida de peso y el tratamiento de las psicopatologías comórbidas al TA. Además, se hace especial referencia a este tipo de terapia para aquellos casos en el que el trastorno por atracón este sustentado por una afectación en las relaciones interpersonales y/o en la autoestima (Iacovino, Gredysa, Altman y Wilfley, 2012 citado en Baile y González, 2016).

Estos dos tipos de psicoterapia han resultado ser los dos tratamientos más efectivos para el abordaje psicológico, obteniendo resultados de eficacia muy similares para el tratamiento del trastorno por atracón (Hilbert, 2012; Iacovino, Gredysa, Altman y Wilfley, 2012 citado en Amianto et al., 2015).

Además de estas psicoterapias llevadas a cabo por profesionales también existen son efectivas las terapias de autoayuda, en las que el profesional proporciona al paciente instrucciones e información que debe realizar paso a paso. Autores como Fairburn (2012) y Striegel-Moore (2012) recomiendan que este tipo de terapia sea la primera opción de tratamiento y que su ventaja principal reside en la implicación del paciente con el cambio y consiste en una aplicación menos estandarizada, que se acomoda y facilita su puesta en práctica.

Como se ha comentado anteriormente³, el trastorno por atracón y el trastorno de estrés post-traumático (TEPT) resultan ser trastornos comórbidos en un porcentaje nada despreciable y es por ello que algunos profesionales se han interesado en el tratamiento de los TCA desde la terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), enfocada en un principio a la solución del TEPT. Estos autores afirman que la EMDR permite llegar al origen de los trastornos de la conducta alimentaria a través de la exploración de los traumas debido a que el tipo de conducta que cada individuo lleva a cabo con relación a la comida y que derivan en un TCA específico, es fruto de las estrategias defensivas que han desarrollado a lo largo de los años dichos individuos para autorregularse y afrontar las experiencias traumáticas vividas (Quílez, 2009; Seijo, 2018). Un ejemplo de la relación entre ingesta alterada como estrategia defensiva y afrontamiento de experiencias ya vividas son los atracones, algunos autores definen estos como “Manifestaciones de partes emocionales muy ansiosas y muy fóbicas que pretenden calmar su estado emocional con la comida, e imponen el atracón compulsivo” (Sanfíz, 2007 citado en Leal, 2019).

El tratamiento EMDR se divide en 8 fases, en las que de manera específica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se incluye la psicoeducación, para la comprensión de qué es el trastorno que padecen, cuáles son los factores que

³ Véase página 14

desencadenan las conductas alteradas, qué tipo de defensas ponen en marcha ante el trauma y cómo estas funcionan. El objetivo de la terapia es desensibilizar aquellas sensaciones y situaciones que aumentan la probabilidad de emitir la conducta alterada, como el atracón en el caso del TA, y procesar los recuerdos de la experiencia traumática, de esta manera se previenen las recaídas en el trastorno de la conducta alimentaria. Además, según los profesionales que trabajan con esta terapia afirman que se reduce a más de la mitad el tiempo empleado en el tratamiento en comparación con otras terapias como la TCC (Richard, 2018; Seijo, 2018).

10. Discusión

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo fundamental conocer cuáles son las características del trastorno por atracón y recoger en un solo documento algunos aspectos significativos para entender porqué este trastorno ha sido incluido como un trastorno independiente en el DSM-V. Por ello, también es importante destacar cuáles son las diferencias entre el TA y la bulimia nerviosa. Pues es este trastorno de la conducta alimentaria con el que se ha venido confundiendo el trastorno por atracón hasta su definitiva inclusión en el DSM-V, debido a las similitudes que ambos trastornos presentan. Sin embargo, existen diferencias significativas que permiten diferenciar cada trastorno.

La principal diferencia radica en qué es lo que sucede después de un episodio de atracón, en el caso de la bulimia nerviosa la persona lleva a cabo conductas compensatorias como, ayuno, vómitos, uso de laxantes y diuréticos y ejercicio excesivo, para evitar el aumento de peso, mientras que en el TA, estas conductas no tienen lugar (APA, 2013). Otra de las diferencias es el peso y el índice de masa corporal (IMC) pues en el caso del trastorno por atracón es frecuente que también exista un diagnóstico por sobrepeso u obesidad, pero en la BN no se da tal diagnóstico (Cuadro y Baile, 2015). Los aspectos relacionados con la imagen corporal también forman parte de las diferencias entre estos dos trastornos, por un lado, aunque en ambos trastornos existe preocupación e insatisfacción por el peso y por la imagen corporal, es menor en el trastorno por atracón (Amianto, Ottone, Abbate y Fassino, 2015). Por otro lado, mientras que en la bulimia nerviosa sí que existe una alteración en la percepción de la forma corporal o de peso, en el TA no es así, aunque sí que presentan desagrado por la forma y el tamaño de su cuerpo

(Cuadro y Baile, 2015). Haciendo referencia a la prevalencia del TA y teniendo en cuenta algunos estudios que comparan ambos trastornos, se concluye que la diferencia por sexos en cuanto al diagnóstico del trastorno por atracón no es significativa comparada a los diagnósticos establecidos de BN. Se estima que para el diagnóstico de TA hay 6 mujeres por cada 4 hombres mientras que las personas diagnosticadas de BN son 9 mujeres frente a 1 hombre (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007); (Véase Anexo 3).

Con la publicación del DSM-V, algunos autores criticaron la inclusión de este nuevo trastorno como uno con entidad propia afirmando que esto supone la patologización de conductas atípicas, pero dentro de la normalidad (Echeburúa, et al., 2014; Frances, 2013 citado en Thomas, 2014). Sin embargo, y teniendo en cuenta las referencias utilizadas para este estudio, parece obvia la necesidad de tratar a este trastorno como uno independiente dentro de la categoría de los trastornos de la conducta alimentaria. Principalmente las cuestiones más importantes que aquí se recogen para la inclusión del trastorno por atracón como un trastorno con entidad nosológica diferenciada de otros trastornos de la conducta alimentaria son las particularidades que este presenta respecto a otros de su misma categoría tanto en prevalencia, pues tiene una mayor presencia a nivel mundial que otros TCA y sobre todo, que no existe una diferencia amplia en el diagnóstico por sexos pues parece que incide de manera similar tanto en hombres como en mujeres, además en el perfil de mujer joven se ve aumentado el riesgo de padecer este trastorno; como en los aspectos clínicos en sí, además de las psicopatologías y patologías físicas que lleva aparejado y que fundamentalmente afecta en diferente forma a la calidad de vida de estos sujetos respecto a los otros trastornos de la conducta alimentaria debido a la diferencia que existe respecto a las conductas que son llevadas a cabo en el TA; y en su aparición ya que la manera en la que aparece el trastorno por atracón en muchos casos es la restricción a través de dietas las que desencadenan el atracón. En definitiva, existe evidencia empírica suficiente que avala la utilidad clínica y validez de este trastorno, por lo que parece acertada la inclusión del mismo en la nueva edición del DSM.

La reciente inclusión del trastorno por atracón en el DSM-V supone que aún no existan estudios longitudinales o con una muestra representativa a nivel mundial en los que se hayan tenido en cuenta los criterios que actualmente describe este manual de diagnóstico pero es por esto que se espera que con esta inclusión, se mejore la identificación de factores predisponentes y de protección que permitan establecer

medidas preventivas para la aparición de este trastorno; así como un mayor consenso en los instrumentos de evaluación y de tratamiento, sobre todo en el aspecto farmacológicos, aunque el tipo de tratamiento predilecto por los profesionales sea la intervención psicológica de corte cognitivo-conductual; y que se investiguen teorías independientes y no vinculadas al curso de la bulimia nerviosa sobre la aparición y el curso del TA, aunque bien es cierto que en este aspecto sí que existe consenso entre los profesionales para entender sus causas desde un enfoque multicausal, entre las que destaca, por el momento, el modelo integrador de Toro y Vilardell (1987). También, se espera que esta inclusión y reconocimiento oficial ayude a aquellos que padecen el trastorno por atracón a comprender mejor las características de su enfermedad y se reduzca el estigma social sobre aquellos que reúnen los criterios para este trastorno.

11. Referencias

- Ágh, T., Kovács, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Vokó, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eat Weight Disord*, 20(1). doi: 0.1007/s40519-014-0173-9
- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Cuarta edición). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Quinta edición). Barcelona: Masson.
- Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15(70), 10.1186/s12888-015-0445-6.
- Arteaga, A.L. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145-153.
- Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia. (s.f.). Factores de riesgo para sufrir un TCA. [online] En: <http://www.acab.org/es/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/factores-de-riesgo-para-sufrir-un-tca>
- Baile Ayensa, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica De Chile*, 142, 128-129.
- Baile Ayensa, J.I., & González Calderón, M.J. (2016). Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.

- Brown, T.A. y Keel, P.K. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 33-61.
- Carey, M., Kupeli, N., Knight, R., Troop, N.A., Jenkinson, P.M., & Preston, C. (2019). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and Psychometric Properties in UK females and males. *Psychological Assessment*, 31(7), 839-850.
- Carrard, I., Rebetez, M., Mobbs, O., & Van der Linden, M. (2014). Factor structure of a French version of the Eating Disorder Examination-Questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eating And Weight Disorders: EWD*, 20(1).
- Castellini, G., Franzago, M., Bagnoli, S., Lelli, L., Balsamo, M., Mancini, M., Nacmias, B., Ricca, V., Sorbi, S., Antonucci, I., Stuppia, L., & Stanghellini, G. (2017). Fat mass and obesity-associated gene (FTO) is associated to eating disorders susceptibility and moderates the expression of psychopathological traits. *PLoS ONE*, 12(3)
- Claudino, A.M., & Morgan, C.M. (2012). Unravelling binge eating disorder. En *A Collaborative Approach to Eating Disorders* (1st ed., pp. 236-248). Hove: Routledge.
- Cuadro, E. & Baile, J.I. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107.
- Echeburúa, E., Salberria, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74.
- Gómez-Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., Campos del Portillo, R., Virgili Casas, M.N., Martínez Olmos, M.A., Mories Álvarez, M.T., Castro Alija, M.J., & Martín-Palmero, A. (2017). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 34, 1-97.
- Guerdjikova, A.I., Mori, N., Casuto, L.S. & McElroy, S.L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *Medical Clinics of North America*, 103(4), pp.669-680.
- Herman, B.K., Deal, L.S., DiBenedetti, D.B., Nelson, L., Fehnel, S.E., & Brown, T.M. (2016). Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *The primary care companion for CNS disorders*, 18(2).
- Hilbert, A., Bishop, M.E., Stein, R.I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A.K., Welch, R.R., & Wilfley, D.E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal Of Psychiatry*, 200(3), 232-237. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., & Kessler, R.C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61, 348-358.

- Hoek, H.W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6).
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion In Psychiatry*, 26(6), 340-345.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M.C., & Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kessler, R.C., Shahly, V., Hudson, J.I., Supina, D., Berglund, P., Chiu, W.T., Gruber, M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Haro, J.M., Murphy, S., Posada-Villa, J., Scott, K. and Xavier, M. (2014). A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23 (1), pp.27-41.
- Leal Orozco, M. (27 de marzo de 2019). EMDR en los trastornos de la conducta alimentaria [Blog]. Recuperado de: <http://mlpsicologiaclinica.com/emdr-en-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- da Luz, F.Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.
- Micali, N., Field, A. E., Treasure, J. L., & Evans, D. M. (2015). Are obesity risk genes associated with binge eating in adolescence? *Obesity*, 23(8), 1729–1736.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Salud Mental. Madrid.
- Navarro Alarcón, M.M. (2016). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: “Una propuesta de intervención en Institutos de Educación Secundaria” (Trabajo de fin de máster). Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona
- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades (Décima edición). Madrid: Meditor.
- Palmisano, G.L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal Of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31.

- Pawlow, L.A., O'Neil, P.M., White, M.A., & Byrne, T.K. (2005). Findings and outcomes of psychological evaluations of gastric bypass applicants. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, *1*(6), 523-528. doi: 10.1016/j.soard.2005.08.007
- Pérez Homero, J., & Gastañaduy Tilve, M.J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo*, *26* (90), 10-14.
- Quílez Pardos, R. (2009). EMDR en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, *20*(80), 73-88.
- Richard, K. (2018). *Treating binge eating disorder with Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A preliminary randomized controlled trial* (TFM). University of Sydney, Sydney.
- Sarwer D.B., Cohn, N.I., Gibbons, L.M., Magee, L., Crerand, C.E., Raper, S.E., Rosato, E.F., Williams, N.N., & Wadden, T.A. (2004). Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, *14*(9), 1148-1156. Doi: 10.1381/0960892042386922
- Seijo, N. (2018). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos alimentarios y el trauma complejo con terapia EMDR. Disponible en: <https://espacodamente.com/wp-content/uploads/2018/08/Tratamiento-psicoterapéutico-R4-N.pdf>
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A.J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal Of Eating Disorders*, *11*(3), 191-203.
- Stice, E., Marti, N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *Journal Of Abnormal Psychology*.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, *33*(2), 284-295. doi: 10.1007/BF01575455
- Thomas, J.J., Koh, K.A., Eddy, K.T., Hartmann, A.S., Murray, H.B., Gorman, M.J., Sogg, S., & Becker, A.E. (2014). Do DSM-5 Eating Disorder Criteria Overpathologize Normative Eating Patterns among Individuals with Obesity? *Journal of Obesity*, 1–8.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, *230*(2), 294-299.
- Vinai, P., Da Ros, A., Speciale, M., Gentile, N., Tagliabue, A., & Vinai, P., Bruno, C., Vinai, L., Studt, S., & Cardetti, S. (2014). Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Official Journal Of The Italian Society For The Study Of Eating Disorders (SISDCA)*, *16*, 1-4.

- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A. & Herpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3):205–17.
- Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L.M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Herman, B.K., Pawaskar, M., Larsson, H. & Bulik, C.M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16(163). doi: 10.1186/s12888-016-0840-7
- World Health Organization (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. En: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1673294767>
- Yanovski, S.Z., Marcus, M.D., Wadden, T.A., & Walsh, B.T. (2015). The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5): An Updated Screening Instrument for Binge Eating Disorder. *International Journal Of Eating Disorders*, 48(3), 259-261.

12. Anexos

Anexo 1: Binge Eating Scale (BES)

Fuente: Gormally, Black, Daston y Rardin, 1982

Traducción y adaptación: Baile y González, 2016

Lea las siguientes frases y en cada pregunta elija una de ellas, la que mejor se ajuste a lo que ha pensado, sentido o realizado en los últimos meses.

1.
 - a) Yo no pienso en mi peso o tamaño corporal cuando estoy con otras personas
 - b) Me preocupo por mi apariencia, pero eso no me hace infeliz
 - c) Pienso en mi apariencia o peso y me siento decepcionado de mí mismo
 - d) Con frecuencia pienso en mi peso y siento mucha vergüenza y asco

2.
 - a) No tengo ninguna dificultad para comer lentamente
 - b) Puedo comer rápidamente, pero nunca me siento demasiado lleno
 - c) A veces, después de comer rápido, me siento demasiado lleno
 - d) Por lo general me trago la comida casi sin masticar, y entonces siento como si hubiera comido demasiado

3.
 - a) Puedo controlar mis impulsos hacia la comida
 - b) Creo que tengo menos control sobre los alimentos que una persona promedio
 - c) Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos hacia la comida
 - d) Me siento totalmente incapaz de controlar mi relación con la comida y trato desesperadamente de luchar contra mis impulsos hacia ella

4.
 - a) No tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido
 - b) A veces como cuando estoy aburrido, pero a menudo puedo distraerme y no pensar en la comida
 - c) A menudo como cuando estoy aburrido, pero a veces puedo distraerme y no pensar en la comida
 - d) Tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido y nada me puede parar

5.
 - a) Por lo general, cuando como es porque tengo hambre
 - b) A veces como impulsivamente sin realmente tener hambre
 - c) A menudo como para satisfacer el hambre, incluso cuando sé que ya he comido suficiente. En estas ocasiones ni siquiera puedo disfrutar de lo que como
 - d) Aunque yo no tenga hambre, siento la necesidad de poner algo en mi boca y me siento satisfecho solo cuando puedo llenarla (por ejemplo, con un pedazo de pan)

6. Después de comer en exceso:
 - a) No me siento culpable o arrepentido en absoluto

- b) A veces me siento culpable o arrepentido
 - c) Casi siempre siento un fuerte sentimiento de culpa o arrepentimiento
- 7.
- a) Cuando sigo una dieta nunca pierdo por completo el control de los alimentos, incluso en momentos en los que como demasiado
 - b) Cuando como un alimento prohibido en una dieta creo que he fallado e incluso como más
 - c) Cuando sigo una dieta y vuelvo a comer mucho creo que he fallado y entonces como más
 - d) Siempre estoy o dándome atracones o de ayuno
- 8.
- a) Es raro que coma tanto que me sienta incómodamente lleno
 - b) Aproximadamente una vez al mes como tanto que me siento incómodamente lleno
 - c) Hay periodos regulares durante el mes en los que como grandes cantidades de alimentos en las comidas o entre las comidas
 - d) Como tanto que, por lo general, después de comer me siento muy mal y tengo náuseas
- 9.
- a) La cantidad de calorías que consumo es bastante constante en el tiempo
 - b) A veces, después de comer demasiado, trato de consumir pocas calorías para compensar la comida anterior
 - c) Tengo la costumbre de comer demasiado por la noche. Por lo general, no tengo hambre por la mañana y por la noche como demasiado
 - d) Tengo periodos de una semana en los que hago dietas de ayuno tras períodos en los que comí demasiado. Mi vida esta compuesta de atracones y ayunos
- 10.
- a) Normalmente puedo dejar de comer cuando decido que he tenido suficiente
 - b) A veces siento unas ganas de comer que no puedo controlar
 - c) A menudo siento impulsos tan fuertes de comer que no puedo parar, aunque a veces puedo controlarme
 - d) Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos de comer
- 11.
- a) No tengo problemas para dejar de comer cuando estoy lleno
 - b) Normalmente puedo dejar de comer cuando me siento lleno, pero a veces como mucho aun sintiendo desagrado
 - c) Me es difícil dejar de comer una vez que empiezo, por lo general, acabo por sentirme demasiado lleno

- d) Es un problema real parar de comer y a veces vomito porque me siento muy lleno
- 12.
- a) Yo como lo mismo si estoy con amigos y familia que cuando estoy solo
 - b) A veces no como lo que quiero cuando estoy con gente porque soy consciente de mis problemas con la comida
 - c) A menudo como poco con gente porque me siento avergonzado
 - d) Estoy tan avergonzado de comer en exceso que a veces solo como cuando nadie me ve. Como en secreto
- 13.
- a) Realizo tres comidas al día y a veces un tentempié
 - b) Realizo tres comidas al día y a menudo un tentempié
 - c) Realizo muchas comidas al día, o me salto las comidas con regularidad
 - d) En ocasiones parece que estoy constantemente comiendo, no ajustándome a las comidas habituales
- 14.
- a) Yo no pienso impulsivamente en comer mucho
 - b) A veces mi mente esta ocupada con pensamientos sobre cómo controlar las ganas de comer
 - c) A menudo me paso mucho tiempo pensando sobre qué comer o no comer
 - d) Mi mente está ocupada la mayor parte del tiempo con pensamientos sobre la comida
 - e) Me parece que estoy constantemente luchando por no comer
- 15.
- a) No pienso en la comida más que la mayoría de la gente
 - b) Tengo fuertes deseos por la comida, pero solo durante periodos cortos de tiempo
 - c) Hay días en los que no pienso en nada más que la comida
 - d) La mayor parte de los días tengo pensamientos continuos sobre los alimentos. Siento que vivo para comer
- 16.
- a) Por lo general sé si tengo hambre o si no. Sé que proporciones de comida son adecuadas
 - b) A veces no sé si tengo hambre o no. En esos momentos no sé decidir bien cuál es la cantidad de comida que es la adecuada
 - c) Aunque supiera cuántas calorías debo comer, no tendría una idea clara de lo que es, para mí, una cantidad normal de alimentos

Anexo 2: Binge Eating Disorder Screener-7 (BEDS-7)

Fuente: Herman, et al., 2016

The following questions ask about your eating patterns and behaviors within the last 3 months. For each question, choose the answer that best applies to you.

| | | |
|--|-----|----|
| 1. During the last 3 months, did you have any episodes of excessive overeating (i.e., eating significantly more than what most people would eat in a similar period of time)? | Yes | No |
|--|-----|----|

NOTE: IF YOU ANSWERED "NO" TO QUESTION 1, YOU MAY STOP. THE REMAINING QUESTIONS DO NOT APPLY TO YOU.

| | | |
|---|-----|----|
| 2. Do you feel distressed about your episodes of excessive overeating? | Yes | No |
|---|-----|----|

| Within the past 3 months... | Never or Rarely | Sometimes | Often | Always |
|--|-----------------|-----------|-------|--------|
| 3. During your episodes of excessive overeating, how often did you feel like you had no control over your eating (e.g., not being able to stop eating, feel compelled to eat, or going back and forth for more food)? | | | | |
| 4. During your episodes of excessive overeating, how often did you continue eating even though you were not hungry? | | | | |
| 5. During your episodes of excessive overeating, how often were you embarrassed by how much you ate? | | | | |
| 6. During your episodes of excessive overeating, how often did you feel disgusted with yourself or guilty afterward? | | | | |
| 7. During the last 3 months, how often did you make yourself vomit as a means to control your weight or shape? | | | | |

This information is brought to you by **Takeda**.

TAKEDA and the TAKEDA logo are trademarks or registered trademarks of Takeda Pharmaceutical Company Limited.

Copyright ©2019 Takeda Pharmaceutical Company Limited. Lexington, MA 02421. All rights reserved. 1-800-828-2088.

S48769 06/19



Anexo 3: Diferencias más significativas entre trastorno por atracón y bulimia nerviosa

Fuente: Elaboración propia

| | Trastorno por atracón (TA) | Bulimia nerviosa (BN) |
|--|---|--|
| <i>Conductas compensatorias</i> | No | Sí |
| <i>Peso corporal</i> | Frecuente el sobrepeso u obesidad. Aunque no en todos los casos | 10% por encima o por debajo del normopeso ⁴ |
| <i>Insatisfacción con la imagen corporal</i> | Sí. Pero en menor medida que en la BN | Sí |
| <i>Alteración en la percepción de la forma corporal o peso</i> | No | Sí |
| <i>Prevalencia por sexo (Mujeres:Hombres)</i> | 6:4 | 9:1 |

⁴ Se considera normopeso cuando el IMC se sitúa entre 20 y 25