

Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario

Binge Eating Disorder: officially recognized as the new eating disorder

Sr. Editor:

Desde el pasado mayo de 2013, la nueva edición del Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría reconoce específicamente al “trastorno por atracón” como el tercer trastorno del comportamiento alimentario, junto a la anorexia nerviosa y a la bulimia¹. Hasta este año era un trastorno no específico y propuesto para investigación. Los profesionales de la salud deben conocer qué características tiene para su diagnóstico y para afrontar su tratamiento, especialmente por su habitual presentación co-mórbida con el extendido problema del sobrepeso y la obesidad.

Desde la década de 1960-69 se conocía la existencia de una alteración del comportamiento alimentario donde comer compulsivamente era sintomático, pero es en la década de 1990 cuando se perfilaron sus singularidades y se le empezó a denominar “síndrome de sobreingesta” o “trastorno por ingesta compulsiva”².

El trastorno por atracón se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado, en que el individuo que lo padece presenta *episodios recurrentes de alimentación compulsiva*. En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control. En un atracón un paciente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos las 20.000 kcal.

Las personas que tienen este trastorno realizan los atracones manifestando algunas de estas características (el diagnóstico requiere al menos tres): comer más rápido de lo normal, haciéndolo hasta que se sienten incómodamente “llenos”; comiendo mucho aun no sintiendo hambre; comiendo solos por la vergüenza de que los demás vean cómo comen; o sintiéndose mal y culpables tras el atracón. Para tener un cuadro completo, los atracones deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses, y vivirse con estrés e

insatisfacción con sí mismo. El diagnóstico también requiere que el trastorno no ocurra como una fase dentro del curso de otro trastorno del comportamiento alimentario.

El trastorno tiene ciertas similitudes con la bulimia nerviosa, dado que comparten la alimentación de forma compulsiva, pero en el trastorno por atracón no se dan las conductas compensatorias que ocurren en la bulimia, como pueden ser los vómitos o el uso abusivo de laxantes o diuréticos. La inexistencia de conductas compensatorias es también un criterio diagnóstico del trastorno por atracón.

También está muy relacionado con el sobrepeso y la obesidad, ya que el trastorno por atracón favorece el incremento de peso. Las personas con obesidad, que además co-mórbidamente presentan el trastorno por atracón, suelen ser casos de peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica concomitante.

En la evaluación del trastorno por atracón se pueden utilizar diversas estrategias habituales y generales de valoración en los trastornos del comportamiento alimentario³. Específicamente puede reseñarse la utilidad de realizar una entrevista clínica (existe alguna estructurada para los trastornos del comportamiento alimentario, como la *Interview for Diagnosis of Eating Disorders*⁴, que incluye un apartado específico para este trastorno), autorregistros de las pautas de alimentación o cuestionarios de autoinforme, ya sean los generales de los trastornos del comportamiento alimentario o bien específicos del trastorno por atracón como la *Binge Eating Scale*⁵.

En el tratamiento del trastorno por atracón se han utilizado diversas estrategias terapéuticas, siendo las que se indican a continuación las que mayor apoyo empírico tienen⁶. Desde el punto de vista farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina han sido los más utilizados, ya que éstos reducen la frecuencia de los atracones. También se están explorando otros grupos farmacológicos como anorexígenos o, incluso, anti-convulsivantes. Desde el punto de vista de las intervenciones psicosociales, las que mayor apoyo tienen son los enfoques cognitivos conductuales y la terapia interpersonal. Los objetivos fundamentales en el tratamiento suelen ser la reducción de la frecuencia de los atracones y la disminución de la cantidad de alimentos que se ingieren en cada uno de ellos, pero es conveniente realizar un tra-

tamiento global, que incluya diferentes áreas del funcionamiento psicosocial.

Se recomienda que los profesionales de la salud que realizan una atención sanitaria temprana en pacientes con sobrepeso u obesidad, amplíen su exploración hacia la posible existencia de un trastorno co-mórbido por atracón, dado que su enfoque terapéutico será diferente, al considerarse éste como un trastorno mental. Además debe valorarse que su consideración oficial por el manual de la Asociación Americana de Psiquiatría permite en muchos sistemas sanitarios públicos y compañías de seguros sanitarios, su inclusión como diagnóstico susceptible de tratamiento y cobertura

José I. Baile^a

Departamento de Psicología. Universidad a Distancia de Madrid. Madrid, España.

^aDoctor en Psicología.

Referencias

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). 2013.
2. Casado, I. *Obesidad y trastorno por atracón*. 2013. Madrid: Editorial Grupo 5.
3. Raich, R. *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. 2011. Madrid: Editorial Pirámide.
4. Kutlesic V, Williamson DA, Gleaves DH, Barbin JM, Murphy-Eberenz KP. The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychol Assess* 1988; 10 (1): 41-8.
5. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The Assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7 (1): 47-55.
6. Brown TA, Keel P. Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Subst Abuse* 2012; 6: 33-61.

Apoyo financiero: recursos internos de la Universidad a Distancia de Madrid.

El autor declaró no tener conflictos de intereses en este manuscrito.

Correspondencia a:

José I. Baile Ayensa.

Dpto. de Psicología-UDIMA.

Carretera de La Coruña, Vía de Servicio, nº 15. KM.38,500.

Collado-Villalba CP 28400 Madrid-España.

Teléfono: (+34) 918 56 16 99.

joseignacio.baile@udima.es