

Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental

Juanita Gempeler Rueda¹

Resumen

El presente artículo tiene por objeto revisar la bibliografía actualizada disponible sobre el tema del trastorno por atracones de la alimentación, que hasta el momento ha sido incluido en el DSM-IV como uno de los «trastornos no clasificados en otra parte» y que en la actualidad se encuentra en discusión para ser aceptado en el DSM-V como un trastorno como tal, junto con la anorexia y la bulimia nerviosa. Una vez revisado el tema de la conceptualización, se discuten las implicaciones para la intervención clínica, desde una perspectiva cognoscitiva-comportamental.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimenticia, trastorno por atracones, aumento de peso, imagen corporal.

Title: Binge-Eating Disorder: Between Eating Disorders and Obesity? A Cognitive-Behavioral Perspective

Abstract

This article reviews the available literature on binge-eating disorder, currently included in the DSM IV as an Eating Disorder NOS. Its inclusion in the DSM V is under discussion. Conceptualization of this disorder is examined, as well as implications for clinical interventions from a cognitive-behavioral perspective.

Key words: eating disorders, binge-eating disorders, weight gain, body image.

¹ Psicóloga, Universidad Javeriana; diplomada en Psicoterapia Comportamental, Universidad de Londres, Hospital de Middlesex; profesora asociada, Departamento de Psiquiatría de la Universidad Javeriana; codirectora científica de Equilibrio.

El trastorno por atracones es un trastorno de la conducta alimentaria que en la actualidad se encuentra en discusión, respecto a la posibilidad de ser considerado un trastorno en sí mismo o una variación incompleta de otros trastornos. Esta revisión pretende plantear el estado actual de estas discusiones y su incidencia en la generación de alternativas de intervención.

Rastreo histórico

Albert Stunkard (1) fue el primero en describir los atracones de alimentación, al identificar un subgrupo de pacientes con obesidad que presentaban un patrón de ingesta nocturna, que él llamó night eating syndrome (NES), en el cual se presentaban atracones nocturnos (ingesta de gran cantidad de comida) seguidos de restricción matutina, que a su vez precedían el nuevo ciclo atracón-restricción.

En diversos estudios otros autores se han referido a los atracones de alimentación, al hablar de «obesos con atracones» o de «sobreconsumidores compulsivos». En 1980, en el DSM-III, estos individuos se clasificaban dentro de los trastornos de la alimentación no especificados en otra parte. Esta clasificación se mantuvo en el DSM-III-R. En el DSM-IV (1994) se hace referencia más específica al trastorno, y aparece por primera vez el nom-

bre de «trastorno por atracones de alimentación», que aún se mantiene dentro de la misma clasificación. En la actualidad este síndrome está en estudio para determinar la manera en la que va a ser considerado en el DSM-V.

En el DSM-IV los trastornos de la conducta alimenticia se clasifican como anorexia (tipos 1 y 2), bulimia (tipos 1 y 2) y trastornos de la conducta alimenticia no clasificados en otra parte, entre los que se cuentan los síndromes incompletos de anorexia o bulimia y el trastorno por atracones de alimentación. Las personas que presentan este trastorno presentan atracones de alimentación, sin compensaciones, por lo cual el sobrepeso tiende a estar presente.

Conceptualización

El trastorno por atracones de alimentación se describe como un cuadro muy similar a la bulimia nerviosa, es decir, el sujeto oscila entre períodos de restricción y períodos de sobreingesta de grandes cantidades de comida, acompañados de una sensación de pérdida de control, en intervalos discretos de tiempo, frente a los que no se dan compensaciones con purgas o con ejercicio.

Marcus planteó un modelo de conceptualización de este trastorno (2),(3), en el cual hace referencia a las oscilaciones del ánimo y a su

relación con la restricción y la sobreingesta. De ahí que sus estudios planteen un acercamiento al trastorno, a fin de adaptar el tratamiento para la bulimia nerviosa, debido a su similitud, pero incluyendo en el modelo la oscilación anímica como una variable central.

El abordaje psicoterapéutico se ha basado, por una parte, en romper la restricción y buscar una ingesta más ordenada, y, por otra, paralelamente, en eliminar los atracones de alimentación de una manera muy similar a la planteada por Fairburn (4), en su modelo para el manejo de la bulimia nerviosa. De esta manera se espera una normalización de los patrones de alimentación y una consiguiente pérdida de peso. Las hipótesis que subyacen a esta intervención plantean que la restricción lleva al sobreconsumo y, por ende, su rompimiento es el primer paso para el control de los atracones de alimentación; sin embargo, utilizando este tipo de acercamiento, los hallazgos muestran que aunque se logran disminuir significativamente los atracones de alimentación, los pacientes no bajan de peso de manera significativa (5).

Dado lo anterior, es posible que nos encontremos frente a una problemática diferente a la planteada en un principio: las personas que sufren de un trastorno por atracones parecen comer de forma continua durante el día de manera

desordenada y, además de esto, hacen atracones de alimentación, tal como han sido descritos. Es más, se cree que los atracones de alimentación aparecen después de periodos de sobreingesta y no luego de los periodos de restricción (tal como sucede en la bulimia nerviosa) y que los intentos de restricción (si afloran) se dan como consecuencia de la aparición de los atracones, muy posiblemente frente a la sensación de culpa y vergüenza que éstos implican. Esto ayudaría a entender por qué la suspensión de los atracones no disminuye el peso.

Todos los pacientes que presentan un trastorno por atracones tienen problemas de peso, pero no todos ellos son obesos; igualmente, algunos pacientes obesos (entre un 25% y un 30%) presentan un trastorno por atracones, pero el 70% o 75% restante no lo presenta. Además, no parece existir una diferencia en sexos (6).

En estudios de laboratorio, los pacientes con este trastorno consistentemente consumen un monto mayor de calorías, tanto en los atracones como en las comidas en las que no hay atracones propiamente dichos, lo cual marca una diferencia clara entre estos pacientes y aquellos que presentan bulimia nerviosa. La pregunta es si el comportamiento de estos pacientes se mantiene en condiciones naturales del medio o si no lo hace (7).

Fairburn (8) plantea que el trastorno por atracones comparte criterios del trastorno de la conducta alimentaria, pero lo hace también con la obesidad, frente a lo cual, hasta el momento, no existen pruebas de éxito terapéutico. Los pacientes con este trastorno y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los pacientes obesos sin trastorno por atracones. Una de estas comorbilidades es la depresión, muy probablemente relacionada con los sentimientos de pérdida de control y poca autoestima (9), (10),(11),(12).

Frente al trastorno por atracones, la terapia cognoscitiva-comportamental plantea como antecedentes funcionales la presencia de hambre (fisiológica), el afecto negativo y la ansiedad. Henderson y Boland (13) encontraron que en pacientes con trastornos por atracones y obesidad, comparados con pacientes obesos sin éste, se presentan índices de ansiedad elevados antes del atracón (y antes de las comidas), que disminuyen a medida que éste se da. Respecto al afecto negativo, es mayor antes del atracón que de las comidas regulares, pero persiste elevado mientras se produce y después de éste, por lo que pierde así su característica de operante.

El hambre fisiológica no parece desempeñar un papel con respecto a los atracones. Sorpresivamente,

los pacientes con trastornos por atracones presentaban menos hambre antes de un atracón que antes de una comida regular. Se recoge así un nuevo indicio sobre la importancia de la ansiedad y el afecto negativo en el mantenimiento de los atracones, pero no con respecto al papel del hambre fisiológica.

Frente a la comida, los pacientes con un trastorno por atracones parecen presentar una desinhibición de comportamiento mayor que los pacientes con bulimia nerviosa, ya que consumen, en consecuencia, una mayor cantidad de comida y mayor contenido graso (14). En los pacientes con obesidad parece estar subdiagnosticado este trastorno, y al comparar obesos con trastorno por atracones y sin éste, los que presentan ambas condiciones parecen tener una calidad de vida inferior a los que no la presentan (15).

Devlin, Goldfein y Dobrow (16) plantean cuatro modelos como alternativas para la conceptualización del trastorno por atracones, que resumen de forma muy completa las posibles alternativas de conceptualización:

Modelo 1. El trastorno por atracones como un trastorno en sí mismo (anorexia/bulimia/trastorno por atracones)

El planteamiento del modelo 1 parte de las características diferen-

ciales de este cuadro; sin embargo, son necesarias más pruebas sobre la validez y la confiabilidad de este diagnóstico. Wilfley, Wilson y Agras (17) plantean que el concepto de trastorno por atracones es significativo e importante. Señalan que, de acuerdo con la revisión crítica de la bibliografía en el área realizada por ellos, los individuos que presentan este cuadro difieren significativamente de aquellos que no lo presentan, y a su vez se diferencian de los que presentan anorexia o bulimia. Encuentran que el trastorno por atracones se asocia con comorbilidades físicas y psicológicas, e interfiere con la calidad de vida y el funcionamiento social.

Modelo 2. El trastorno por atracones como una variante de la bulimia nerviosa

- A. Bulimia Tipo compensatorio
 Tipo no compensatorio (TTNO por atracones)
- B. Bulimia Tipo purgativo (bulimia nerviosa purgativa)
 Tipo no purgativo (bulimia nerviosa no purgativa + trastorno atracones)
- C. Trastorno por atracones/bulimia nerviosa no purgativa/bulimia nerviosa purgativa

D. Anorexia/trastorno alimentario no específico (EDNOS) -TTNO por atracones-/bulimia

Estos planteamientos ven el cuadro como si éste se moviera en un continuo, sin llegar a configurar un trastorno independiente, más como una variación de la bulimia.

Modelo 3. El trastorno por atracones como un subtipo comportamental de la obesidad

- Trastorno por atracones
Ingesta frecuente
- Obesidad Sobreconsumo percibido
 Sobreconsumo
 Comida nocturna

Este planteamiento se acerca al planteamiento original de Stunkard, y se aleja de la psicopatología propiamente dicha.

Modelo 4. El trastorno por atracones como un hecho asociado con un desorden primario

- A.

Trastorno por atracones	

Obesidad	Psicopatología
- B.

Obesidad	_ _ _ _ _ Obesidad
(Sin trastorno por atracones)	
(Con trastorno por atracones)	

Preocupación por el peso
y por la forma del cuerpo
<Gravedad_____>gravedad
Impulsividad

Aquí, el trastorno por atracones se relaciona con la gravedad, en términos de impulsividad y de presencia de psicopatología. Este hecho es discutido y apoyado por Stunkard y Allison (18).

Luego de revisar estos modelos y al contrastarlos con los hallazgos disponibles, parece que, aunque ninguno de ellos puede ser sustentado en su totalidad, muy probablemente considerar al trastorno por atracones como una entidad independiente sea la mejor opción (16). Es evidente que hasta el momento, y tal como lo planteó Fairburn en la Conferencia Anual de Trastornos de la alimentación en Denver (4), estamos hablando de modelos que hipotéticamente pueden explicar el fenómeno, pero serán únicamente los hallazgos los que nos permitan darles a estas discusiones un carácter de tesis. Cooper y Fairburn buscan refinar la definición del trastorno:

... en los últimos tres meses debe haber: 1. episodios recurrentes de atracones de alimentación (definidos de la misma manera que en bulimia nerviosa). Estos episodios deben implicar una sensación de pérdida de control en el momento de la ingesta, en vez de hacer una

inferencia retrospectiva sobre el grado de control, y los episodios de atracones deben distinguirse muy claramente de otros episodios de sobre consumo que puedan estar presentes. 2. Los episodios de atracones no deben haberse presentado en el contexto de cualquiera de las siguientes condiciones: más de tres episodios de vómito auto-inducido mala utilización de laxantes o restricción mantenida con la intención de controlar el tamaño o el peso del cuerpo (ej: adherencia a una dieta estricta con evitación o disminución significativa de tipos específicos de comida, o dejar de hacer algunas comidas). De esta manera buscan acercarse a la misma línea, seguida en la definición de la anorexia y la bulimia. (19)

Intervención

Wonderlich, Zwaan, Mitchell, Peterson y Crow hicieron una revisión crítica de los estudios médicos disponibles, en términos del tratamiento psicoterapéutico, y analizaron lo planteado desde la terapia cognoscitiva-comportamental, la terapia interpersonal (TIP) y la terapia dialéctica-comportamental (TDC). Estos tres enfoques son cortos en el tiempo y estructurados, y sus metas son tanto reducir el trastorno como acercarse a los mecanismos asociados subyacentes (lo interpersonal en la TIP o el afecto en la TDC).

Desde lo dietético, estos autores revisaron el abordaje, basándose en dietas hipocalóricas y estrategias de automanejo para pérdida de peso. De este modo concluyeron que tanto los abordajes psicológicos como los dietarios reducen los atracones de alimentación, y aunque algunos individuos logran reducciones modestas y estables de peso al disminuir los atracones, la pérdida significativa y durable continúa siendo un problema. También señalan la importancia de considerar lo psicopatología asociada con el trastorno por atracones, la necesidad de identificarla y de tratarla.

El reto es generar alternativas de tratamiento acordes con lo que parecen ser mejores hipótesis de conceptualización. Desde la terapia cognoscitiva-comportamental, para la generación de dichas hipótesis se ha hecho hincapié en la identificación y en el consecuente manejo de los factores de mantenimiento del trastorno. En ese orden de ideas, los planteamientos de Fairburn (5) son los siguientes:

1. Si los atracones parecen ocurrir como consecuencia de estados de ánimo adversos, la intervención debería centrarse en el entrenamiento en solución de problemas y en la generación de habilidades para el manejo de estados emocionales.
2. Si aparecen como una respuesta a la ruptura de la restricción

dietaria, el acercamiento sería más cercano al de la bulimia nerviosa, y consistiría en la moderación de la restricción.

3. Si aparecen frente a una intolerancia de la intensidad de los estados emocionales, como en el trastorno de personalidad límite, se hace necesario un abordaje que se acerque al manejo del control de los impulsos en sí.
4. Si parecen ante una pobre evaluación de sí mismos, el trabajo debe centrarse en la autoestima.

Las conclusiones de Fairburn se dirigen a la obligatoriedad de partir de que hoy en día faltan datos sugestivos sobre el manejo de estos tratamientos, para hacer hincapié en la necesidad de evaluar cuidadosamente el problema individual e identificar los factores de mantenimiento, a fin de proceder a diseñar una intervención acorde. En la medida en que hagamos esto de manera sistemática, podremos contar en un futuro próximo con un cuerpo de pruebas suficiente.

Estos planteamientos se acercan muchísimo a los de Marcus (3), al partir de la consideración del trastorno como un cuadro independiente de la anorexia o la bulimia. En este mismo orden de ideas, el tratamiento de este trastorno implica un abordaje farmacológico específico, frente al cual se han generado varias alternativas. Ese tema excede el objetivo de la presente revisión,

pero evidentemente es un área complementaria, indispensable en un tratamiento integral del trastorno.

Comentarios y conclusiones

Luego de revisar el material presentado, la clasificación del trastorno por atracones como un cuadro independiente de la anorexia y de la bulimia nerviosa parece ser la mejor opción disponible hasta el momento, sobre todo en lo que se relaciona con la generación de alternativas de intervención. Un buen análisis funcional parece seguir siendo la mejor guía para intervenir de la manera efectiva. Sin embargo, es claro que solamente los hallazgos darán respuestas claras, y en este momento no se tienen. Equilibrio viene trabajando en este orden de ideas, a fin de recogerlos, para plantear alternativas más claras.

Bibliografía

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*; 1959. Cited by Devlin, M, Goldfein J, Dobrow I. What is this thing called BED?: current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Supp.
2. Marcus M, Binge eating in obesity, In: Fairburn C, Wilson T. Binge eating: nature, assessment and treatment. Guilford Press; 1993.
3. Marcus M. Adapting treatment for patients with binge-eating disorders. In: Garner D, Garfinkel P. *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press; 1997.
4. Fairburn C, Wilson T. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press; 1993.
5. Wonderlich S, Zswaan M, Mitchell J, Peterson C, Crow S. Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Supp:s58-s73.
6. Striegel-Moore R, Wison T, Wilfley D, Elder K, Brownell T. Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*. 1998.
7. Walsh T, BORDREAU G. Laboratory studies of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Supp: s30-s37.
8. Fairburn C. Presentación oral en la Conferencia Internacional de Trastornos de la Alimentación. Denver Colorado; 2003.
9. Kristeller, Quillian-Wolever, Sheets Haute, Lowe. Depression, self esteem, and measures of disordered eating in obese binge eaters [Abstract 008]. Abstracts from the 2003 International Conference on Eating Disorders Clinical and Scientific Challenges: The Interface between Eating Disorders and Obesity. May 29-31, 2003. Denver, Colorado. *Int J Eat Disord*. 2003 Jul 2;34(1).
10. Robertson D, Palmer R. The prevalence and correlates of binge eating in a british community sample of women with a history of obesity. *Int J Eat Disord*. 1997.
11. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord*. 1994 Jan;15(1): 53-61.
12. Bulick CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord*. 2002 Jul;32(1): 72-8.
13. Henderson, Boland. Functional analysis of binge eating in the obese [Abstract 007]. Abstracts from the 2003 International Conference on Eating Disorders Clinical and Scientific Challenges: The Interface between Eating Disorders and Obesity. May 29-31, 2003. Denver, Colorado. *Int J Eat Disord*. 2003 Jul 2;34(1).
14. Hilbert, Tushen-Caffier. Negative cognitions and food intake in response to food cues in binge eating disorder and bulimia nervosa [Abstract 003]. Abstracts

- from the 2003 International Conference on Eating Disorders Clinical and Scientific Challenges: The Interface between Eating Disorders and Obesity. Denver, Colorado May 29-31, 2003. Int J Eat Disord. 2003 Jul;34(1).
15. Stein, Rieger, Crow, Wifley. Quality of life in BED patients [Abstract 001]. Abstracts from the 2003 International Conference on Eating Disorders Clinical and Scientific Challenges: The Interface between Eating Disorders and Obesity. May 29-31, 2003. Denver, Colorado. Int J Eat Disord. 2003 Jul 2;34(1).
 16. Devlin M, Goldfein J, Dobrow I. What is this thing called BED?: current status of binge eating disorder nosology. Int J Eat Disord. 2003;34 Suppl.
 17. Wilfley D, Wilson T, Agras S. The clinical significance of binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2003;34 Suppl:s96-s106.
 18. Stunkard A, Allison S. Binge eating disorder: disorder or marker? Int J Eat Disord. 2003;34(1):s107-s117.
 19. Cooper Z, Fairburn C. Refining the definition of binge eating disorder and non purging bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2003;34 Suppl: s89-s95.

Recibido para publicación: 18 de enero de 2005
Aceptado para publicación: 17 de mayo de 2005

Correspondencia:
Juanita Gempeler Rueda
Carrera 16 No. 82-95, Piso 9°
Equilibrio, Bogotá, Colombia
jgempeler@cable.net.co