

## Aspectos clínicos del trastorno por atracón o «binge eating disorder»

**RESUMEN:** El trastorno por atracón es un nuevo trastorno alimentario que consiste en episodios repetidos de atracones de comida sin realizar mecanismos compensatorios para evitar ganar peso, como ocurre en la bulimia nerviosa. Analizamos las características clínicas (conducta alimentaria, psicopatología e imagen corporal), instrumentos de medida y tratamiento para el manejo del trastorno por atracón.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno por atracón. Atracón. Trastornos alimentarios. Imagen corporal.

**SUMMARY:** The binge eating disorders (BED) is a new eating disorders that describes the eating disturbance of a large number of individuals who suffer from recurrent binge eating but who do not regularly engage in the compensatory behaviors to avoid weight gain seen in bulimia nervosa. We analyze the clinical features (eating behavior, psychopathology, body image), questionnaires, and treatment for the management of the BED.

**KEY WORDS:** Binge eating disorder. Binge eating. Eating disorders. Body image.

### *Introducción.*

Los atracones de comida y los factores que contribuyen a los mismos han tenido un especial interés en los últimos años ya que aparecen en muchos trastornos alimentarios y en la población general. Son un serio problema en la obesidad (1, 2), en la anorexia nerviosa (3) y son fundamentales en el diagnóstico de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón o *binge eating disorder* (BED) (4).

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificado por primera vez por Stunkard en 1959 (2) como un patrón distintivo de esta población. Describió episódicos consumos de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico). Previamente, Hamburger en 1951 (5) había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos, helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Korhaber (6) definió el *stuffing syndrome* como una entidad en obesos caracterizada por 3 síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.

La existencia de atracones en la obesidad se ha relacionado con diferentes aspectos clínicos como pueden ser: grado de adiposidad (7), hallazgos psicopatológicos (8, 9) y poca respuesta al tratamiento (10, 11).

### *Características clínicas del trastorno por atracón.*

El trastorno por atracón o *binge eating disorder* aparece en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso (12) y en un 2-5% en la población general (13, 14). Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas sin BED y mayores que las pacientes con bulimia nerviosa (15-20). Presentan una obesidad importante, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido (7, 8). La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones) (21).

Las características de los pacientes con BED son un mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo/figura y el peso, psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, historia de depresión, abuso de alcohol/drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (BMI>35), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para hacer dietas (14).

Respecto a los factores etiológicos, la mayoría de los investigadores hablan de la importancia de la restricción dietética como potenciador de los atracones en presencia de desinhibidores específicos (disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta) (22). Otros autores describen a estos pacientes como impulsivos con poca capacidad para controlarse siendo en este caso los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos (23).

Se han descrito unos factores asociados en los pacientes con BED como pueden ser: más experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, predisposición a la obesidad con más obesidad en la infancia, repetida exposición a comentarios negativos sobre su figura/peso y comida, personalidad perfeccionista y una autovaloración negativa que podrían influir en su conducta alimentaria (24).

### *Criterios diagnósticos.*

Actualmente el BED se ha incluido en el apéndice del DSM-IV como una categoría que necesita más estudio (4), basándose fundamentalmente en 2 trabajos multisistémicos que apoyan la idea de que el trastorno aparece en la población obesa en un 30% y en un 2-5% de la población general (13, 14). Sin embargo, Fairburn y cols. (25) dicen que es un error incluirlo en el DSM-IV por 2 razones: la primera, porque se sabe poco de la conducta de los atracones y otras formas de sobreingesta recurrente para justificar su inclusión y, una segunda, porque la introducción podría originar una confusión diagnóstica. Este autor recomienda estudiar muestras de pacientes que presenten una sobreingesta importante antes de clasificarlos.

## ORIGINALES Y REVISIONES

*Los criterios del trastorno por atracón son:*

A. Episodios recurrentes de atracones que se caracterizan por las dos siguientes condiciones:

\*Comer en un corto periodo de tiempo (dos horas) una cantidad de comida mayor que la que come la mayoría de la gente en ese mismo periodo.

\*Sensación de pérdida de control durante los episodios (por ejemplo, no poder parar de comer o no controlar lo que uno come).

B. Durante los episodios de atracones al menos 3 de los siguientes indicadores de pérdida de control:

\*Comer más rápidamente de lo normal.

\*Comer hasta sentirse muy lleno.

\*Comer grandes cantidades de comida cuando no siente hambre.

\*Comer grandes cantidades de comida todo el día, no planificando la hora de la comida.

\*Comer solo porque está a disgusto de cómo uno come.

\*Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido, o muy culpable después de comer.

C. Importante malestar por los atracones.

D. Los atracones son al menos de 2 veces por semana y en un periodo de 6 meses.

E. No existen criterios para la bulimia nerviosa.

*Psicopatología.*

Se describe a los pacientes obesos con BED por estar psicopatológicamente entre los pacientes con bulimia nerviosa (por arriba) y los obesos sin BED (por abajo) (26, 27). Presentan altos niveles de disforia y malestar psicológico, así como personalidad anancástica (8, 11), más síntomas psiquiátricos, más depresión o historia de depresión (17), y mayor tasa de trastorno de pánico, bulimia nerviosa, trastorno de la personalidad *borderline* y por evitación. No se ha encontrado mayor tasa de abuso de sustancias-trastorno de ansiedad generalizado-fobia simple-fobia social (28) entre BED y no BED, e igual tasa de trastorno obsesivo-compulsivo y de trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo. La prevalencia de trastornos del eje I es del 60% en BED y 34% en no BED, para los trastornos de la personalidad (eje II) 35% para los BED y 16% para los no BED. Se ha descrito en los pacientes con BED que tienen más probabilidad de tener un familiar de primer grado con trastorno por uso de sustancias (28).

Respecto a la imagen corporal se habla de una sobreestimación de la talla que es menos importante que en individuos con anorexia y bulimia nerviosa, ya que su llamativa

obesidad imposibilita una distorsión importante. Sí existe insatisfacción con su apariencia por su objetiva obesidad. También se ha descrito una relación positiva entre los atracones y la insatisfacción corporal en sujetos obesos (17, 9) y una asociación con la preocupación por la figura y el peso (14). Los individuos con BED están más insatisfechos con sus cuerpos que los individuos sin BED (17, 14).

### *Instrumentos de evaluación.*

Los cuestionarios e instrumentos que se utilizan para manejar la conducta alimentaria de los individuos con BED son:

-*The Questionnaire of Eating and Weight Patterns* (13, 14). Se utiliza para clasificar en BED y bulimia nerviosa purgativa/no purgativa.

-*The Binge Eating Scale* (12). Divide a los pacientes según la existencia de atracones (moderados o severos) o la no existencia de los mismos, basándose en la puntuación de la escala.

-*The Eating Disorder Inventory-2* (29). Mide las características clínicas de la anorexia y bulimia nerviosa, y la severidad de los atracones en población obesa (19).

-*The Three-Factor Eating Questionnaire* (30) que mide restricción, desinhibición y sensación de hambre cuando el paciente se enfrenta a la comida.

-*The Eating Disorder Examination* (31). Valora psicopatología y comportamientos específicos de los trastornos alimentarios. Estudia la restricción, sobreingesta, preocupación por la figura/peso y comida.

### *Tratamiento.*

Los individuos con BED pierden más peso que los no BED en el curso de programas conductuales para control del peso (32, 11) pero el abandono y las recaídas son más frecuentes (10, 11). Los resultados del tratamiento son pobres a largo plazo en los programas conductuales para la pérdida de peso (33) y ganan más peso a los 6 meses de seguimiento y es más probable que abandonen el tratamiento (11). A nivel farmacológico, se ha comprobado que la desipramina e imipramina reducen la frecuencia y duración de los atracones, respectivamente (34) y que la fluoxetina es efectiva en promover la pérdida de peso en obesos con BED (9). La psicoterapia es eficaz para establecer un patrón regular alimentario (incluyendo autocontrol, exposición a comidas prohibidas, cambio en las creencias erróneas sobre las comidas y entrenamiento en la prevención de recaídas) (35, 36).

Hacemos hincapié en la necesidad de protocolizar el tratamiento multidisciplinar en pacientes con obesidad que están en programas para el control del peso, dada la comorbilidad de trastornos alimentarios y patología psiquiátrica descrita en los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Loro, Jr, AD & Orleans CS. «Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment». *Addictive Behaviors*, 1981, 6, 155-166.
- (2) Stunkard AJ. «Eating patterns and obesity». *Psychiatric Quarterly*, 1959, 33, 284-292.
- (3) Garfinkel PE, Moldofsky H & Garner DM. «The heterogeneity of anorexia nervosa». *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 1036-1040.
- (4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Author. 1994.
- (5) Hamburger WH. «Emotional aspects of obesity». *Medical Clinics of North America*, 1951, 35: 483-99.
- (6) Kornhaber A. «The stuffing syndrome». *Psychosomatics* 1970, 11: 580-4.
- (7) Telch CF, Agras WS & Rositer EM. «Binge-eating increases with increasing adiposity». *International Journal of Eating Disorders*, 1988, 7, 115-119.
- (8) Kolotkin RL, Revis ES, Kirkley BG & Janick L. «Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristics». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 872-876.
- (9) Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, Gooding W & McDermott M. «Psychiatric disorders among obese binge eaters». *International Journal of Eating Disorders*, 1990, 9, 69-77.
- (10) Keefe PH, Wyshogrod D, Weinberger E & Agras WS. «Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: a preliminary report». *Behaviour Research and Therapy*, 1984, 22, 319-321.
- (11) Marcus MD, Wing RR & Hopkins J. «Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioral weight control». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56, 433-439.
- (12) Gormally J, Black S, daston S & Rardin D. «The assesment of binge eating severity among obese persons». *Addictive Behaviors*, 1982, 7, 47-55.
- (13) Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J & Nonas C. «Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria». *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 11, 191-203.
- (14) Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D & Horne RL. «Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study». *International Journal of eating Disorders*, 1993, 13, 137-153.
- (15) McCann UD, Rositer EM, King RJ & Agras WS. «Nonpurging bulimia: A distinct subtype of bulimia nervosa». *International Journal of Eating Disorders*, 1991, 10, 679-687.
- (16) Hawkins RC & Clement P. «Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies». *Addictive Behaviors*, 1980, 5, 219-226.
- (17) De Zwaan M, Nutzinger DO & schoenbeck G. «Binge eating in overweight women». *Comprehensive Psychiatry*, 1992, 33, 256-261.
- (18) Wing RR, Marcus MD, Epstein LH, Blair EH, Burton LR. «Binge eating in obese patients with type II diabetes». *International Journal of Eating Disorders*, 1989, 8, 671-9.
- (19) Lowe MR, Caputo GC. «Binge eating in obesity: toward the specification of predictors». *International Journal of Eating Disorders*, 1991, 10: 49-55.
- (20) Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM. «Binge eating and dietary restraint in obese patients». *Addictive Behaviors*, 1985, 10, 163-8.
- (21) Hadigan CM, Kissileff HR, Walsh BT. «Patterns of food selection of women with bulimia nervosa». *American Journal of Clinical Nutrition* 1989, 50, 759-66.
- (22) Polivy J & Herman CP. «Dieting and bingeing: A casual analysis». *American Psychologist*, 1985, 40, 193-201.

- (23) Freeman FC. Impulsive related disorders: An overview. In L. Peplinkhuizen & WMA. Verhoeven (eds). *Destructive drives and impulse control, fourth international symposium* (pp.9-12). Nigtevecht: Benecke Consultations. 1991.
- (24) Fairburn CG, MPhil DM, Doll HA, et al. «Risk factors for binge eating disorders». *Archives of General Psychiatry*, 1998, vol 55:425-432.
- (25) Fairburn CG, Welch SL, Hay PJ. «The classification of recurrent overeating: The Binge eating Disorder Proposal». *International Journal of Eating Disorders*, 1993, vol 13, nº2, 155-159.
- (26) Crowther JH & Chernyk B. «Bulimia and binge eating in adolescent females: A comparison». *Addictive Behaviors*, 1996, 11, 415-424.
- (27) Prather RC & Williamson DA. «Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity». *International Journal of Eating Disorders*, 1988, 7, 177-184.
- (28) Yanovski SZ. «Binge eating disorders: Current knowledge and future directions». *Obesity Research*, 1993, 1, 306-324.
- (29) Garner DM. *Eating Disorder Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1991.
- (30) Stunkard AJ & Messick S. «The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger». *Journal of Psychosomatic Research*, 1985, 29, 71-83.
- (31) Cooper Z & Fairburn CG. «The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders». *International Journal of Eating Disorders*, 1987, 6, 1-8.
- (32) LaPorte DJ. «Treatment response in obese binge eaters: preliminary results using a vary low calorie diet (VLCD) and behavior therapy». *Addictive Behaviors*, 1992, 17, 247-257.
- (33) Gormally J, Rardin D and Black S. «Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic». *Journal of Counseling Psychology*, 1980, 27: 179-191.
- (34) McCann UD & Agras WS. «Successful treatment of nonpurging bulimia nervosa with desipramine: A double-blind, placebo-controlled study». *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 1509-1513.
- (35) Telch CF, Agras WS, rositer EM, Wilfley D & Kenardy J. «Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: An initial evaluation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 629-635.
- (36) Wilfley DW, Agras WS, Telch CF et al. «Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 296-305.

\*Servicio de Psiquiatría. Hospital Comarcal de Zafra. Badajoz

\*\*Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina  
Universidad de Extremadura. Badajoz

Correspondencia:

Juan A. Guisado Macías

C/. Rafael Lucenqui, 10, 6.º F - 06004 - Badajoz

e-mail: jguisadom@medynet.com

Fecha de recepción: 5-VI-2000