



ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN: ESTUDIO DE LOS FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES Y MANTENEDORES

Autor: **Pablo Gracia Monserrate**

Tutor: **D. Carmelo Pelegrín Valero. Departamento de medicina y Psiquiatría**

Fecha de presentación: **23/06/2017**

Resumen

Objetivos: Estudiar los factores psicosociales predisponentes, precipitantes y mantenedores de la etiopatogenia de los trastornos por atracón.

Metodología: Mediante la toma de medidas antropométricas y encuestas autoadministradas, cuantificación de las variables sometidas a estudio: IMC, ICC, autoestima, ansiedad, depresión, comedor emocional, “adicción a la comida”, impulsividad y presencia de TDAH en la infancia.

Resultados: La mayoría de los resultados corroboran las hipótesis planteadas e indican que estos rasgos y estados son factores predisponentes, precipitantes y/o mantenedores del TA

Conclusiones: Todas las variables estudiadas son factores que aumentan la prevalencia de sufrir TA o aumentan la gravedad de los síntomas. Lo cual permite conocer un poco mejor la etiopatogenia de este trastorno.

Palabras clave: Trastorno por atracón, Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

Abstract

Objectives: To study predisposing, precipitating and maintaining psychosocial factors of the etiopathogeny of binge eating disorders.

Methodology: The quantification of the variables under study: BMI, ICC, self-esteem, anxiety, depression, emotional eater, impulsivity and presence of ADHD in childhood, through anthropometric measurements and self-administered surveys.

Results: Most of the results corroborate the hypotheses and indicate that these traits and states are predisposing factors, precipitants and / or maintainers of TA

Conclusions: All variables studied are factors that increase the prevalence of BP or increase the severity of symptoms. This allows to know a little better the etiopathogenesis of this disorder.

Keywords: Binge eating disorder, predisposing factors, precipitants and maintainers.



Índice

1. Introducción.....	Página 6
2. Objetivos.....	Página 10
3. Hipótesis.....	Página 11
4. Material y métodos.....	Página 12
4.1 Revisión bibliográfica previa.....	Página 12
4.2 Sujetos del estudio.....	Página 12
4.3 Criterios de inclusión.....	Página 12
4.4 Criterios de exclusión.....	Página 12
4.5 Materiales y métodos.....	Página 12
5. Resultados.....	Página 21
6. Discusión.....	Página 32
7. Conclusiones.....	Página 35
8. Bibliografía.....	Página 36
Anexo I: Consentimiento informado.....	Página 39
Anexo 2: Ficha de paciente.....	Página 41

Listado de abreviaturas

Abreviatura	Significado
BIS	Barrat Impulsiveness Scale
EAR	Escala de autoestima de Rosenberg
FCQ	Food Craving Questionnaire
HADS	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión
ICC	índice cintura cadera
IMC	índice de masa corporal
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
TA	Trastorno por atracón
TCA	Trastorno de la conducta alimentaria
TCANE	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
TDAH	Trastorno de déficit de atención con hiperactividad
WURS	Wender-Utah Rating Scale

1. Introducción

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno alimentario grave en el que la persona que lo padece consume con frecuencia grandes cantidades de comida y siente que ha perdido el control durante el atracón. Después de la sobreingesta, la angustia severa o preocupación por el peso suele aparecer, (1) aunque a diferencia de la bulimia nerviosa, en el TA está preocupación no va acompañada de conductas compensatorias, como pueden ser: vómitos, largas sesiones de ejercicio físico, ayuno o el uso de laxantes.

El TA no había sido reconocido como trastorno de la conducta alimentaria con unas características completas hasta la quinta versión del DSM en el año 2013. Anteriormente estaba catalogado como TCANE. Al ser una patología relativamente nueva, no se han realizado muchos estudios para comprenderla, lo cual ha sido un factor importante a la hora de decidir hacer este pequeño estudio.

Actualmente se estima que la prevalencia de TA es de un 1,6% en mujeres y 0,8% en hombres dentro de la población general (2), pudiendo alcanzar una prevalencia mucho más alta en personas que padecen sobrepeso u obesidad.

Hasta el momento se han buscado muchas teorías explicativas de la etiología del TA, sin embargo ninguna ha tenido la suficiente relevancia como para explicar dicha etiología. Actualmente, el modelo integrador de factores biopsicosociales, es el que más se está estudiando. En dicho modelo se explican que hay tres tipos de factores que intervienen en la etiopatogenia del TA:

1. **Factores predisponentes:** Son variables personales, sociales, familiares... que predisponen, es decir facilitan la aparición del trastorno.
2. **Factores desencadenantes:** Son aquellos aspectos que explican el inicio de las conductas características del trastorno. Suelen ser ciertas circunstancias sociales o personales que generan diversos estados emocionales negativos en el sujeto: ansiedad, depresión, irritabilidad, rabia... y ocurren en un periodo determinado de tiempo, o bien impulsos internos de orden psicológico y/o biológico. Estos factores actúan sobre los factores predisponentes para dar lugar a la aparición, es decir, para precipitar la conducta alimentaria patológica característica del trastorno por atracón.
3. **Factores mantenedores:** Muchas veces son las consecuencias del propio trastorno, tanto aquellas inmediatas como las que se producen a largo plazo, las cuales actúan como refuerzo de las conductas alimentarias. Estos factores pueden consistir en alteraciones biológicas, ganancias secundarias del trastorno, estímulos psicosociales, adicción a la comida...

Los criterios de diagnóstico del TA según el DSM-5 son (3):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (Ej. Dentro de un periodo 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 similar, en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (Ej. Sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente 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 la Anorexia Nerviosa.

En su diagnóstico hay que especificar si:

- **En remisión parcial:** 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:** Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

También hay que especificar la gravedad actual del trastorno:

- **Leve:** 1-3 atracones a la semana
- **Moderada:** 4-7 atracones a la semana
- **Grave:** 8-13 atracones a la semana
- **Extremo:** 14 o más atracones a la semana

El TA se presenta en un alto porcentaje de forma comórbida con sobrepeso u obesidad, se estima que uno de cada tres pacientes obesos sufre atracones durante el tratamiento, sin saber en muchas ocasiones que patología es causa de la otra. Los pacientes obesos con TA, frente a los obesos sin TA, tienen mayores niveles de psicopatología (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad...), mayores niveles de insatisfacción corporal y peor calidad de vida asociada a la salud (4).

Las principales diferencias entre pacientes con TA y sin dicho trastorno son:

- Muestran mayor alteración psicopatológica
- Su grado de adiposidad está relacionado directamente con el número de atracones que se dan.
- Abandonan más frecuentemente los programas de adelgazamiento en los que participan.
- Recuperan más fácilmente el peso perdido tras un programa de adelgazamiento.

Para el tratamiento del TA es conveniente que se realice de manera multidisciplinar, es decir, tratamiento desde el punto de vista psicológico, tratamiento farmacológico y tratamiento o asesoramiento nutricional.

Los objetivos del tratamiento son:

- **Principal:** Reducir la cantidad, intensidad y frecuencia de los episodios de atracón.
- **Secundarios:** Normalizar el peso, conseguir un IMC saludable, modificar las variables psicosociales mantenedoras del trastorno, reducir las comorbilidades psicopatológicas asociadas...

El tratamiento psicológico con mayor aval actualmente es el tratamiento cognitivo-conductual en sus distintas modalidades, aunque también se utilizan la terapia de auto-ayuda y la terapia interpersonal.

Un ejemplo de terapia sería cumplir los objetivos del siguiente programa:

1. Valorar la existencia de un verdadero caso de trastorno por atracón y realizar un diagnóstico inicial.
2. Evaluar hábitos relacionados con la ingesta y la actividad física.
3. Valorar el modelo de intervención (ambulatorio, individual, pareja, familiar) y de tratamiento (autoayuda, farmacológico, psicológico, mixto...), así como los profesionales que deben intervenir y establecer el perfil de TCA.
4. Valorar las alteraciones psicopatológicas comórbidas.
5. Elaborar un análisis funcional explicativo del caso de trastorno por atracón.
6. Establecer los objetivos y metas de la intervención.
7. Promover la motivación para el cambio.
8. Implicar al contexto psicosocial.

9. Aplicar un paquete multicomponente de intervención cognitivo-conductual para modificar patrones inadecuados de alimentación, pensamientos asociados a la imagen corporal o la ingesta, hábitos de actividad física, comportamiento social...
10. Intervenir sobre posibles alteraciones psicológicas concomitantes.
11. Finalizar la terapia de una forma no traumática.
12. Asegurar el mantenimiento de los logros y reducir el riesgo de recaídas.

En el tratamiento farmacológico se suelen aplicar dos tipos de fármacos (5):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): **Fluoxetina**, sertralina, fluvoxamina...; estos fármacos actúan sobre el estado de ánimo del paciente que ayudaría en el tratamiento integral de su perfil psicopatogénico. Además de reducir los episodios de atracón.
- **Topiramato**: Es un antiepiléptico, Se utiliza para reducir los episodios de atracón, además puede tener efectos beneficiosos a la hora de disminuir el apetito y promover la pérdida de peso.
- **Lisdexamfetamina**: Es un psicoestimulante. Se utiliza para el Trastorno por déficit de Atención y ha demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno por atracón.

En el tratamiento dietético lo que se hace con estos pacientes (a diferencia de con los obesos sin TA) es no utilizar dietas restrictivas ni poner alimentos “prohibidos” para que pierdan peso. En lugar de eso se busca tratarlos con una dieta isocalórica o ligeramente hipocalórica con la que el paciente se sienta a gusto con lo que puede comer pero promoviendo siempre una dieta variada y equilibrada; es decir, la labor del nutricionista en este tipo de trastorno es la de enseñar a estos pacientes a comer sano de tal forma que aunque el paciente acabe con un balance energético positivo, el paciente tenga un adecuado aporte de vitaminas y minerales que le reduzcan la probabilidad de desarrollar comorbilidades (depresión, ansiedad...). También con esta estrategia evitamos ayunos prolongados que se ha constatado ser un factor precipitante del trastorno por atracón.

2. Objetivos

El objetivo principal es estudiar los factores psicosociales predisponentes, precipitantes y mantenedores de la etiopatogenia de los trastornos por atracón.

Los objetivos secundarios son:

- Estudiar la presencia de TDAH en la infancia valorado con la Wender-UTAH Rating Scale (WURS) como factor precipitante del TA.
- Estudiar el rasgo de impulsividad medido con la Barrat impulsivity scale (BIS-11).
- Estudiar el grado de ansiedad y de depresión medido mediante la escala de ansiedad-depresión hospitalaria.
- Estudiar la adicción a la comida mediante el Food Craving Questionnaire.
- Estudiar si nuestra población tiene un patrón de comer emocional mediante la escala de comedor emocional de Garaulet
- Estudiar el nivel de autoestima cuantificado mediante la escala de autoestima de Rosenberg.
- Estudiar si un IMC elevado puede conllevar a un estado de baja autoestima.

3. Hipótesis

Las hipótesis planteadas antes de realizar el estudio, basándonos en los estudios y en los conocimientos previos sobre el tema, son las siguientes:

1. La presencia del TDAH en la infancia valorado con la WURS es un factor predisponente del TA.
2. El rasgo impulsividad presente en la personalidad de un sujeto es un factor predisponente y mantenedor del TA.
3. Un estado de ansiedad es un factor precipitante y mantenedor del TA.
4. Un estado de depresión es un factor precipitante y mantenedor del TA.
5. Un alto grado de adicción a la comida medida por el Food Craving Questionnaire se asocia con una mayor frecuencia de sufrir TA. Sería fundamentalmente un factor de mantenimiento.
6. Los pacientes con mayor número de atracones tienen un comer más emocional. Sería un factor precipitante y de mantenimiento del TA.
7. Un IMC elevado se relaciona con estados de baja autoestima que a su vez el estado de baja autoestima se relaciona con un aumento del número de atracones en el paciente. Dando lugar a un “círculo vicioso” que mantiene el trastorno por atracón.

4. Materiales y métodos

4.1 Búsqueda bibliográfica sistematizada

Previo a la realización del estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistematizada en el portal PubMed utilizando como palabras claves: binge eating disorder; binge eating; etiopathogenesis; evaluation; emotional aspects.

4.2 Sujetos del estudio

Para nuestro estudio, hemos seleccionado una muestra de 26 pacientes diagnosticados con TA. Dichos pacientes acuden a consulta para realizar un seguimiento en el departamento de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en el hospital San Jorge de Huesca, desde marzo de 2017 hasta mayo del mismo año.

4.3 Criterios de inclusión

- Padecer TA consultado de forma consecutiva en la unidad de TCA
- Haber firmado el consentimiento informado (Anexo 1)

4.4 Criterios de exclusión

- Estar diagnosticado de bulimia nerviosa
- Abusar de alcohol u otras sustancias
- Tomar medicaciones que aumenten el apetito
- Padecer causas secundarias (hipotiroidismo, enfermedad de Adisson; síndrome de Prader-Willi...) de hiperfagia y/o obesidad

4.5 Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico.

En este apartado se explica cómo se ha trabajado con los pacientes de la muestra para así lograr los datos necesarios para llevar a cabo nuestro estudio. Además, se explica que materiales se han utilizado para la recogida de datos cómo se han utilizado.

En primer lugar, se consigue el listado de pacientes que están diagnosticados de TA en el hospital San Jorge y llevan un seguimiento desde el departamento de TCA. Con este listado se consiguen sus números de teléfono y se les llama para explicarles quiénes somos y qué clase de estudio se va a llevar a cabo. Con los pacientes interesados en participar se concreta una fecha para llevar a cabo la

entrevista. Respecto los aspectos éticos, el presente estudio no entraña ningún riesgo o daño para los pacientes. La información de los pacientes ha sido tratada de forma anónima y confidencial, ya que cada paciente ha sido identificado con un número para este estudio en la base de datos. Sólo el tutor del trabajo tiene acceso a la identidad del paciente, guardando la relación de los números de identificación en el estudio con el número de historia clínica por si puede servirle de utilidad los datos clínicos obtenidos en el tratamiento integral longitudinal del paciente.

La entrevista se realiza en un lugar tranquilo y libre de distracciones para que el paciente se sienta cómodo y se muestre más colaborador.

Una vez llega el paciente, el entrevistador lo pasa al área reservado para las entrevistas y se presenta como estudiante de nutrición y dietética a cargo del Dr. Pelegrín. Se toma asiento y se le explica al paciente con mucho más detalle que por teléfono en que va a consistir el estudio, cuáles van a ser sus responsabilidades, que fines tiene dicho estudio... y se le da el consentimiento informado para que lo lea tranquilamente, haga las preguntas que considere oportunas y firme dicho consentimiento.

Una vez el paciente ha decidido que quiere participar en el estudio se le toman las medidas antropométricas (peso, talla, perímetro de la cintura y perímetro de la cadera), y con estas medidas antropométricas se calcularán los siguientes parámetros indirectos:

- IMC: El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (6).

Tabla 2. Clasificación de la obesidad	
Clasificación	IMC (kg/m^2)
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso I	25-26.9
Sobrepeso II	27-29.9
Obesidad I	30-34.9
Obesidad II	35-39.9

Obesidad III ó mórbida	40-49.9
Obesidad IV ó extrema	>50

- ICC: Es la relación que resulta de dividir el perímetro de la cintura de una persona con el perímetro de su cadera ($ICC = \text{Perímetro cintura (cm)} / \text{Perímetro cadera (cm)}$). Se utiliza para calcular la grasa intraabdominal, el tipo de obesidad del paciente y como prueba complementaria al cálculo del IMC para estimar si el sobrepeso se debe a una hipertrofia muscular o se debe a un exceso de grasa corporal (7).

	Androide	Mixta	Genoide
Hombre	>0.94	0.78-0.94	<0.78
Mujer	>0.84	0.71-0.84	<0.71

Una vez se han tomado las medidas antropométricas, se le entrega al paciente un sobre cerrado con una ficha de paciente y una serie de encuestas autoaplicadas (anexo 2) que el paciente deberá contestar en su casa y traerlas completas a la próxima cita.

Dentro de la ficha de paciente la podemos clasificar en tres apartados:

4.4.1 Datos personales:

- Nombre
- Edad
- Sexo
- nivel de estudios
- situación laboral actual
- estado civil
- N° de hijos

4.4.2 Anamnesis sobre los atracones:

- Fecha de inicio de los atracones

- Persistencia de enfermedad en la actualidad
- N° de atracones/semana
- Momento del día en el cuál se suelen desarrollar los atracones

4.4.3 Escalas a administrar:

- **Escala de autoestima de Rosenberg:**

Descripción

- La EAR fue desarrollada para la evaluación global de la autoestima y se elaboró partiendo de una concepción unidimensional de la misma. No obstante, algunas investigaciones apoyan una estructura bifactorial compuesta por una autoestima positiva y otra negativa.
- Está compuesta por 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente (1, 2, 4, 6 y 7) y la otra mitad negativamente (3, 5, 8, 9 y 10).
- Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos para cada ítem en función del nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases que componen la escala
- El marco de referencia temporal es el momento presente.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Está validado en español (8).

Corrección e interpretación

- El instrumento proporciona una puntuación total a partir del sumatorio de los valores de las respuestas a cada ítem. Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente, de tal forma que se puntuarían de la siguiente manera:
 - Para los ítems 1,2,4,6 y 7:
 - Muy de acuerdo = 3
 - De acuerdo = 2
 - En desacuerdo = 1
 - Muy en desacuerdo = 0
 - Para los ítems 3, 5, 8, 9 y 10:
 - Muy de acuerdo = 0
 - De acuerdo = 1
 - En desacuerdo = 2
 - Muy en desacuerdo = 3

- La puntuación global oscila entre los 0 y los 30 puntos. También es posible que se puntúe entre 10 y 40, asignando a las respuestas valores de 1 a 4 puntos en vez 0 a 3 puntos. Mayores puntuaciones indican mayor autoestima.
 - Según la información de la Fundación Rosenberg de la Universidad de Maryland, la escala no tiene puntos de corte. Otros autores apuntan que, en el rango 0-30, puntuaciones por debajo de 15 sugieren una baja autoestima.
- **Escala hospitalaria de Ansiedad y depresión (HADS):**

Descripción

- La HADS fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:
 - No estar contaminado por la sintomatología de la enfermedad física que presenta el paciente.
 - Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.
- Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado ; en el caso de que puntúe como positivo, la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton).
- La HADS está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:
 - Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.
 - Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.
- Tradicionalmente se ha utilizado de forma autoaplicada, si bien uno de sus autores (9) recomienda que sea heteroaplicada.
- El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert, que unas veces hace referencia a la intensidad del síntoma y otras a la frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).
- El marco de referencia temporal es la semana previa.
- Está adaptada y validada en español.

Corrección e interpretación

- Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares, la de depresión.
 - En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo con los siguientes criterios:
 - 0-7: rango de normalidad.
 - 8-10: caso probable.
 - 11-21: caso de ansiedad o depresión.
- **Comedor emocional de Garaulet (10):**

Es un cuestionario compuesto por 10 ítems, desarrollado para evaluar en qué medida afectan las emociones a la conducta alimentaria y ayudando a una detección temprana de TCA. Todas las preguntas tienen 4 posibles respuestas: “Nunca”, “A veces”, “A menudo”, “Siempre” y al igual que en la escala anterior, cada una coincide con un valor del 0 al 3 respectivamente.

Una vez obtenido el resultado se clasifica en cuatro grupos:

- **Puntuación entre 0-5:** *Comedor No Emocional*. Personas con gran estabilidad en lo que se refiere al comportamiento alimentario, las emociones influyen poco o nada y comen cuando fisiológicamente sienten apetito, sin tener en cuenta los factores externos ni las emociones.
 - **Puntuación entre 6-10:** *Comedor Poco Emocional*. Personas poco emotivas respecto a la alimentación. Es raro que solucionen sus problemas o sus nervios con la comida. Sin embargo, ya sienten que ciertos alimentos influyen sobre su voluntad y que la comida, es algo más que comida.
 - **Puntuación entre 11-20:** *Comedor Emocional*. Las respuestas indican que en cierta medida sus emociones influyen en su alimentación. Los sentimientos y el estado de ánimo en algunos momentos de su vida determinan cuánto y cómo comen. Aún así, aunque son unos comedores emocionales, todavía la comida no controla sus acciones, sino que siguen siendo quienes domina su alimentación.
 - **Puntuación entre 21-30:** *Comedor Muy Emocional*. Personas en las que sus sentimientos y emociones girarán constantemente alrededor de su alimentación.
- **Food Craving questionnaire (FCQ):**

Descripción:

Es un test autoaplicado que valora la adicción a la comida como si fuera una “droga”. Consta de 15 ítems, los cuales son una lista de comentarios que gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, y deseos, tentaciones, y antojos relacionados con la comida y el comer. Cada uno de

estos ítems puede recibir una puntuación del 1 al 5 (siendo 1 “nada de acuerdo” y 5 “muy de acuerdo”) según si el paciente se siente más o menos identificado con el ítem.

Estos 15 ítems se dividen en 5 categorías distintas de 3 ítems cada una y cada categoría de estas te dan puntuaciones separas que miden distintos rasgos (Ej: control sobre la ingesta de alimentos, estado psicológico...).

Corrección e interpretación:

Este test se corrige haciendo el sumatorio de las puntuaciones recibidas en los distintos ítems, se puede obtener una puntuación global sumando los 15 ítems o se pueden obtener una puntuación de cada categoría haciendo el sumatorio de los 3 ítems que la componen. En nuestro caso concreto, solo hemos utilizado la puntuación global obtenida.

Los resultados son que los pacientes que más identificados se sientan con estas afirmaciones obtendrán calificaciones más altas que corresponden a un grado mayor de adicción hacia la comida.

– Escala de Impulsividad de Barrat:

Descripción

- La BIS-11 es un instrumento diseñado para evaluar la impulsividad.
- Consta de 30 ítems agrupados en 3 subescalas de impulsividad:
 - Cognitiva (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27).
 - Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29).
 - Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30).
- Cada ítem se puntúa según una escala Likert de frecuencia de 4 grados, desde raramente o nunca hasta siempre o casi siempre. A la hora de corregir, es necesario tener presente que algunos de los ítems están formulados en sentido inverso.
- Es un instrumento autoaplicado.
- Se encuentra adaptado y validado en población hispana (11)

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total (suma de las puntuaciones en las 3 subescalas) y puntuaciones en las 3 subescalas (suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems que las constituyen).
 - Excepto en los ítems formulados en sentido inverso (v. en el siguiente punto), el valor de la respuesta es 1: raramente o nunca, 2: ocasionalmente, 3: a menudo y 4: siempre o casi siempre.
 - En los ítems formulados en sentido inverso (1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22, 30) la puntuación es al revés, 4: raramente o nunca y 1: siempre o casi siempre.

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia la puntuación total. No existe punto de corte propuesto.
- En varios estudios se sugiere utilizar como punto de corte la mediana de la distribución.

En el estudio con la versión hispana, las puntuaciones medianas fueron:

- Subescala cognitiva: 9.5
- Subescala motora: 9.5
- Subescala impulsividad no planificada: 14
- Puntuación total: 32.5

– **Wender-Utah Rating Scale (WURS) (12):**

Descripción

- Para realizar una evaluación retrospectiva de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) durante la infancia.
- Consta d un total de 61 ítems que cubren 3 áreas de la infancia del individuo:
 - 42 ítems describen el comportamiento típico de TDAH durante la infancia: manifestaciones de distraibilidad, hiperactividad e impulsividad. De estos ítems, 25 son los que mejor discriminan entre haber tenido o no un TDAH en la infancia, y son los que constituyen la escala propiamente dicha (aparecen sombreados en la escala).
 - 7 ítems recogen información sobre problemas médicos en la infancia.
 - Los 12 ítems restantes se refieren a problemas escolares y académicos.
- Se trata de un instrumento autoaplicado. El paciente ha de contestar a cada uno de los ítems utilizando una escala tipo Likert de 5 grados, que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho).
- Existe una versión abreviada de 21 ítems (13).
- Está adaptada y validada en español la versión abreviada de 25 ítems (14).

Corrección e interpretación

- Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en los 25 ítems seleccionados discriminantes.
 - El punto de corte recomendado por los autores de la versión española, en los 25 ítems discriminantes, es de 32.

- Asimismo, se puede obtener una puntuación de los 61 ítems y puntuaciones para cada una de las 3 áreas evaluadas: síntomas de TDAH en la infancia, problemas médicos en la infancia y problemas escolares-académicos.

Como hemos mencionado antes este estudio es un estudio observacional, descriptivo transversal, en el cual, con los datos recogidos mediante los cuestionarios, realizaremos un archivo de Excel para volcar al SPSS y así obtener unos resultados estadísticos.

Recordar de nuevo que la finalidad y el objetivo de este estudio es valorar si un grupo de rasgos de personalidad pueden aumentar la prevalencia de desarrollar y mantener un TA y si permanecer en un estado emocional puede ser un factor desencadenante o mantenedor del TA.

Rasgo: Elemento característico de la personalidad relativamente estable. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos. Los rasgos estudiados son la impulsividad, el haber padecido TDAH en la infancia o el ser comedor emocional (15).

Estado de ánimo: Es una actitud o disposición emocional en un momento determinado (no es una situación emocional transitoria, pero tampoco es un comportamiento o estado emocional crónico y estable en el tiempo como el rasgo). Los estados emocionales estudiados son la autoestima, la ansiedad, la depresión y la adicción a la comida (15).

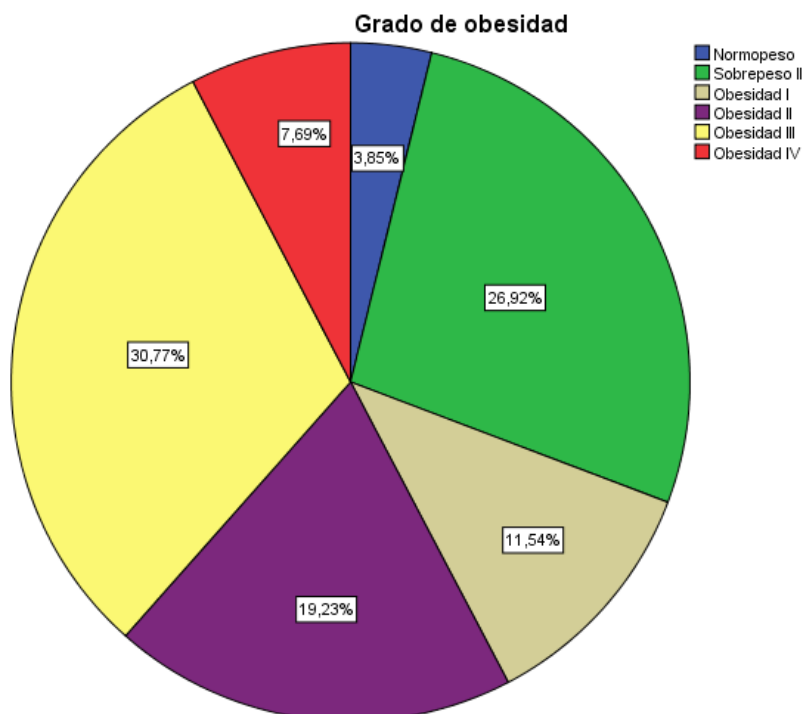
5. Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio han sido los siguientes:

Respecto a los datos **sociodemográficos** de la muestra se aprecia que la edad media es de 47 años, con una desviación típica de 10,46. Respecto al sexo, la mayor parte de la muestra son mujeres (84,62%). En cuanto al estado civil, la mayoría están casados (73%) y la media del número de hijos es de 1,5 con una desviación típica de 0,99. La moda en el número de hijos es de 2 hijos. Respecto al nivel de estudios no hay gran cosa que destacar, los porcentajes sobre el nivel de estudios de nuestra muestra son bastante similares a los de la población española en general (16) y respecto a la situación laboral tampoco obtenemos ninguna información relevante.

En cuanto a los datos **antropométricos**, hemos medido el IMC y el índice C/C para valorar el grado y tipo de obesidad que se asocia con la enfermedad del TA. La media del IMC de nuestra población es de 37,47 con una desviación estándar de $\pm 8,51$, el IMC mínimo de nuestra muestra era 24,4 y el máximo 52. A continuación se explica con porcentajes el grado de obesidad de nuestra muestra (Se puede ver a qué valor de IMC corresponde cada grado de obesidad en la tabla 1.

Figura 1. Grado de obesidad

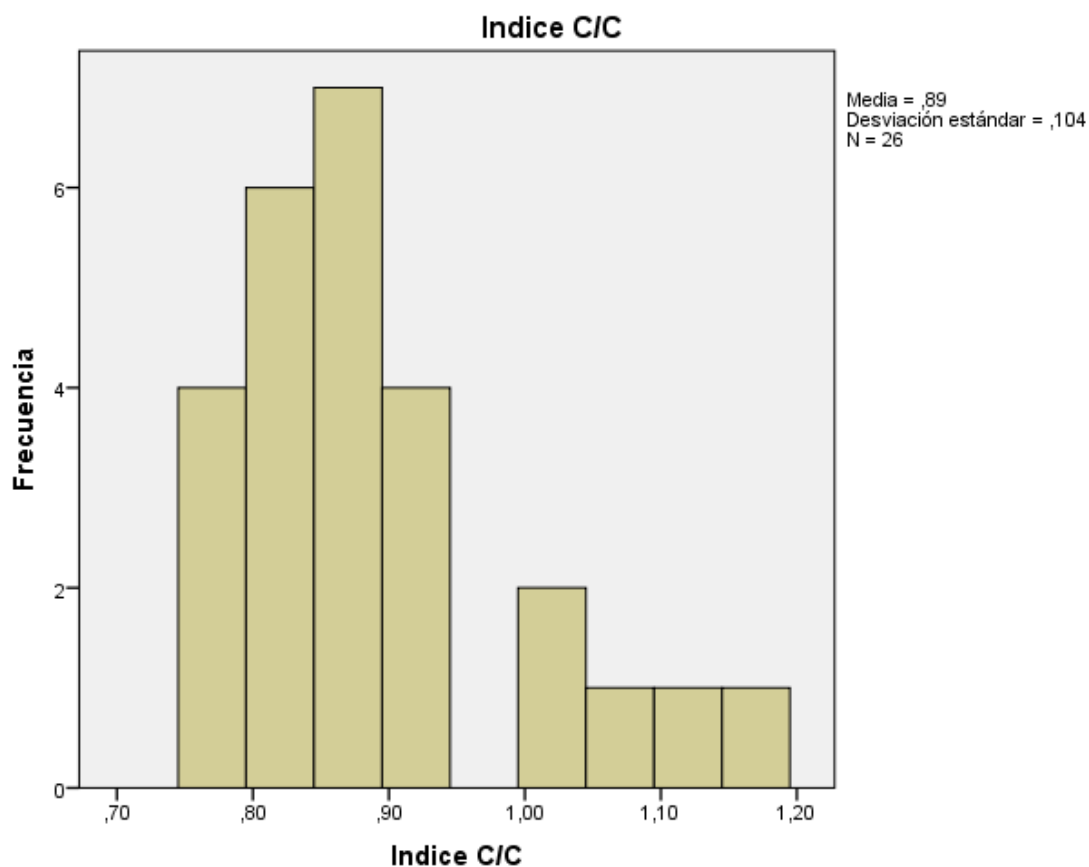


Como podemos observar la mayoría de la población se encuentra entre los grados de obesidad II y III, y únicamente encontramos a un paciente con normopeso y a ninguno con sobrepeso grado I, lo cual indica que 25 de 26 pacientes de nuestra muestra tiene un IMC superior a 27.

Respecto al peso simplemente nombrar que la media es de 97.15 kg con una desviación estándar de $\pm 24,22$ kg y en relación a la altura, la media es de 161cm con una desviación estándar de ± 6 cm. Al comparar estos datos con los de la media de la población española (17) vemos que la altura media es de 168 cm con una desviación estándar de 9,9 cm y la media del peso es de 71,8 kg con una desviación estándar de 14,8 kg. Con estos datos podemos apreciar que hay una pequeña diferencia entre las medias de las alturas, que probablemente se deba a que nuestra muestra son un 84,62% de mujeres que suelen tener una talla menor y la otra muestra son un 50% de mujeres y un 50% de hombres los que la constituyen. Respecto al peso, sí que hay diferencia significativa de ± 25 kg, lo cual nos hace sospechar que el TA puede estar relacionado con una mayor prevalencia de obesidad.

En relación al ICC, hemos obtenido el siguiente histograma que nos muestra la media y desviación típica:

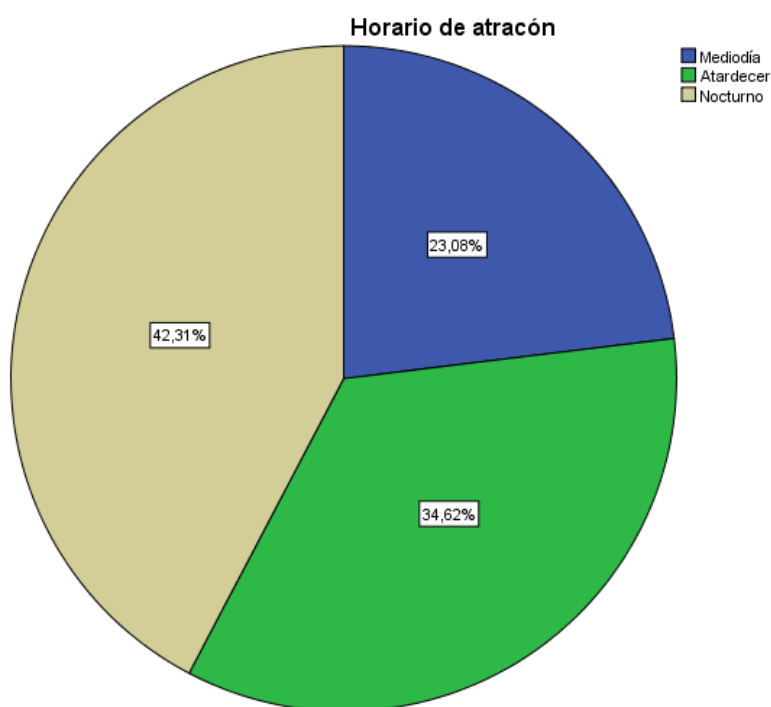
Figura 2. Índice C/C



Con los valores obtenidos en el ICC, hemos podido observar que tipo de obesidad presenta la población de nuestra muestra y hemos obtenido que un 61,5% sufre obesidad de tipo androide (acumulación de la grasa en el abdomen), la cual está relacionada con mayor riesgo cardiovascular, un 38,5% sufre obesidad mixta, y ninguno de los pacientes que conforman la muestra presentaban obesidad de tipo ginecoide (acumulación de grasa en la zona de la cadera y piernas), que tiene menor riesgo cardiovascular que la androide (7).

En relación a la **anamnesis del TA**, Hemos obtenido la siguiente información sobre el horario de los atracones:

Figura 3. Horario de atracón



Además de estas tres opciones también se les daba la posibilidad de elegir “al amanecer” y no se ha dado ningún caso que sufra el episodio del atracón por la mañana, podemos observar que la mayoría de los episodios se dan entre el atardecer y el anochecer, siendo los horarios que se suelen relacionar con el fin de la jornada laboral y de que la gente llegue a casa y se quede tranquila. Es decir podríamos plantearnos la posibilidad de que el episodio de atracón se diese en los momentos del día en que el paciente tiene menor grado de actividad. Por supuesto habría que hacer un estudio más detallado de este hecho concreto para poder confirmar o descartar esta hipótesis.

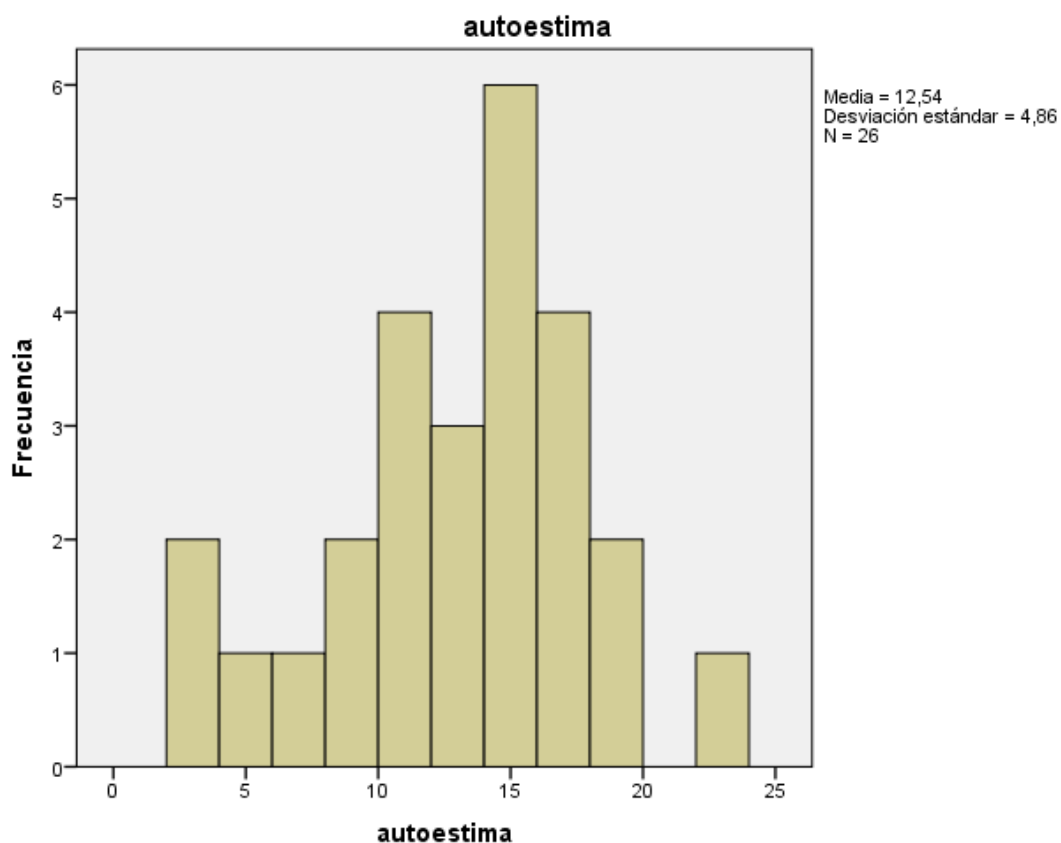
En referencia al número de atracones/semana hay que decir que ha sido la única variable de mi estudio que su distribución no se correspondía con la normalidad. Se le realiza la prueba de K-Smirnov para comprobarlo y la significación asintótica (bilateral) sale menor de 0,05, por lo cual se toman como

valores de referencia de esta variable la mediana que tiene un valor de 6,5 atracones/semana y los percentiles son los siguientes: P25 = 3,75 atracones por semana; P50 = 6,5 atracones/semana; P75 = 14,25 atracones/semana. También es interesante nombrar que el paciente que menos atracones sufría tenía 1 atracón/semana y el que más atracones sufría tenía 40 atracones/semana, siendo este último un comportamiento extraño frente al resto de la muestra y que no será tenido en cuenta a la hora de correlacionar esta variable con otras para que los resultados no se vean alterados.

Respecto de los test que hemos pasado para medir los **rasgos y estados** de nuestra muestra para así posteriormente relacionarlos con los síntomas de la enfermedad (Nº de atracones/semana), hemos obtenido los siguientes resultados:

En el test de la autoestima de Rosenberg, hemos realizado un histograma para ver las puntuaciones obtenidas en el cual nos muestra la media y la desviación típica de la variable de autoestima:

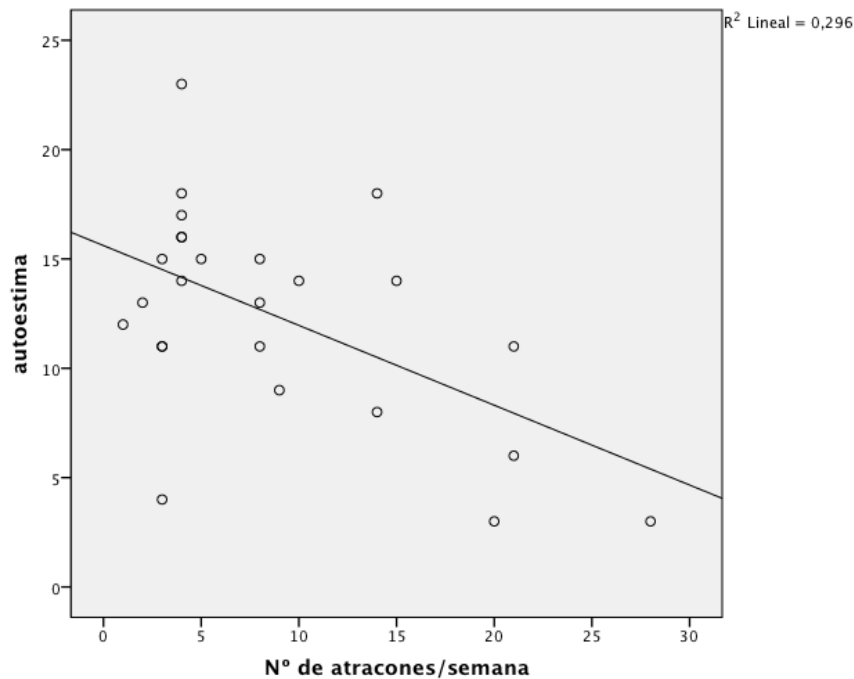
Figura 4. Autoestima



Se puede apreciar que nuestra muestra tiene un nivel bajo de autoestima, más de la mitad de la muestra tiene una puntuación por debajo de 15 y además solo hay un paciente que ha puntuado más de 20 sobre 30 en este cuestionario.

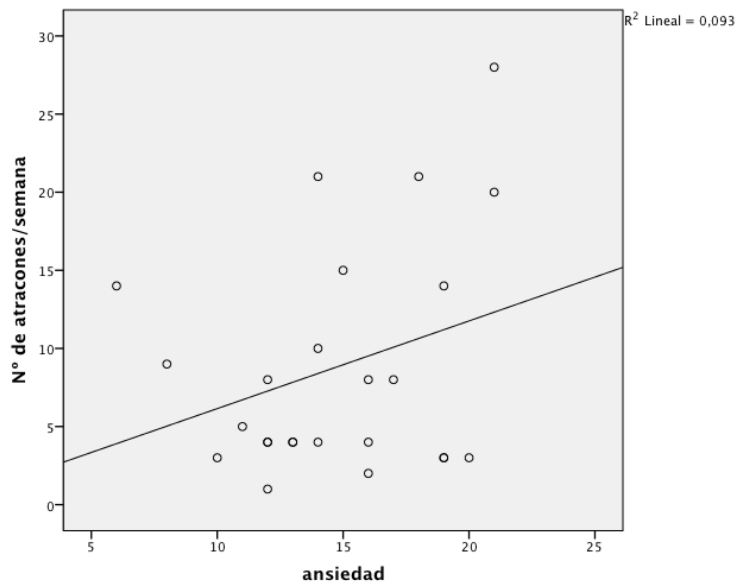
Ante los siguientes datos, se realiza una Anova para comprobar si está correlacionada inversamente esta variable con la del número de atracones y cómo se puede apreciar en la siguiente gráfica de dispersión de puntos, hay una clara relación estadísticamente significativa: conforme aumenta el número de atracones, disminuye la autoestima ($p=0,005$) = ($p<0,05$).

Figura 5. N° atracones/autoestima



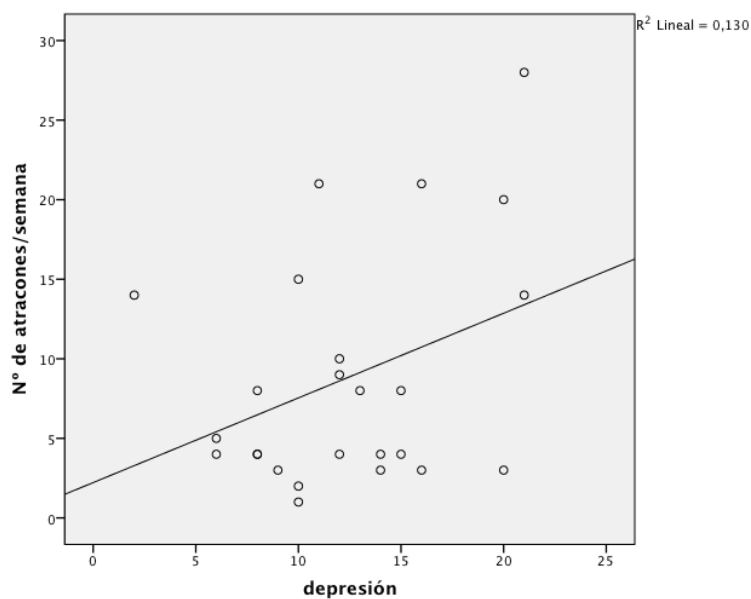
En la escala hospitalaria de ansiedad y depresión hemos obtenido que nuestra muestra tiene un valor medio de ansiedad de 14,46 puntos sobre 21 con una desviación típica de $\pm 4,1$ puntos, por lo que se puede decir que gran parte de nuestra muestra se encuentra en un estado de ansiedad. Cuando se realiza una correlación de estos valores con el número de atracones/semana se encuentra que hay una correlación de 0,3, entre el estado de ansiedad del paciente y el número de atracones/semana. Por lo cual se puede concluir que a mayor puntuación en el test de ansiedad, mayor número de atracones. Sin embargo, esta relación, por poco no alcanza a ser estadísticamente significativa ($p = 0,1$). Para que fuera estadísticamente significativa debería ser $P < 0,05$.

Figura 6. N° atracones/ansiedad



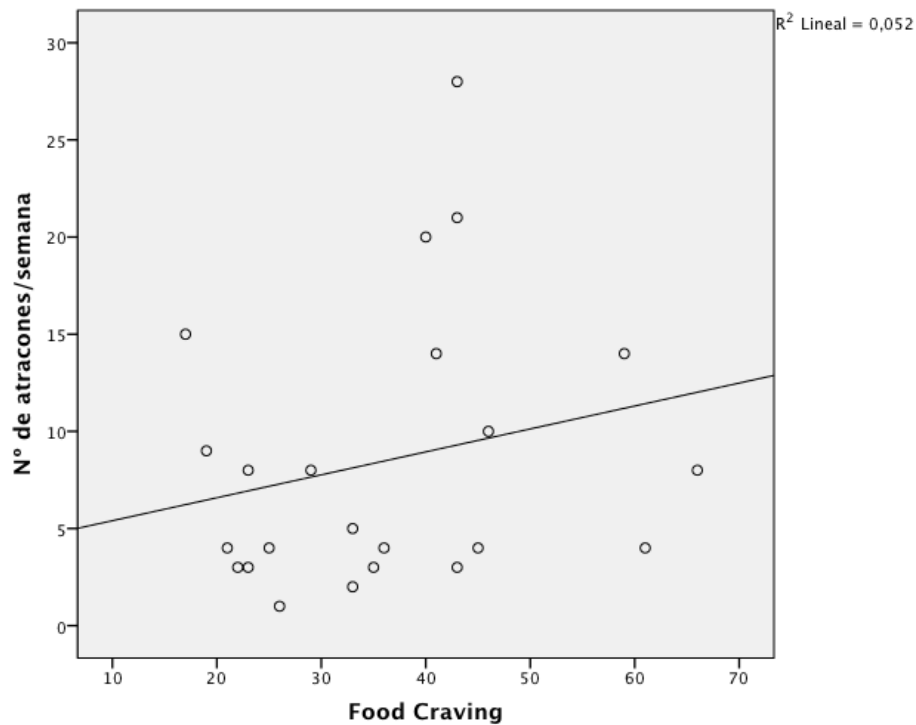
En el caso de la depresión el valor medio de nuestra muestra ha sido algo menor, la puntuación media ha sido de 12,1 puntos sobre 21 y una desviación típica de ± 5 puntos. Con lo cual se puede decir que más de la mitad de nuestra población sufre un estado de depresión al mismo tiempo que TA. Cuando se realiza una correlación de estos valores con el número de atracones/semana se encuentra que hay una correlación de 0,36, entre el estado de depresión y el N° de atracones/semana. Por lo cual se podría concluir que un estado de depresión más grave está asociado a un mayor número de atracones/semana. Está relación es casi significativa ($p = 0,07$).

Figura 7. N° atracones/Depresión



Con el Food Craving Questionnaire se ha obtenido que nuestra muestra tiene una media de 35,88 puntos sobre 75 con una desviación típica de $\pm 13,4$ puntos. Es decir nuestra muestra podemos considerar que tiene tendencia a “engancharse” a la comida como si fuera una sustancia o droga. Entonces se plantea que el estado de adicto a la comida puede estar correlacionado con el N° de atracones/semana.

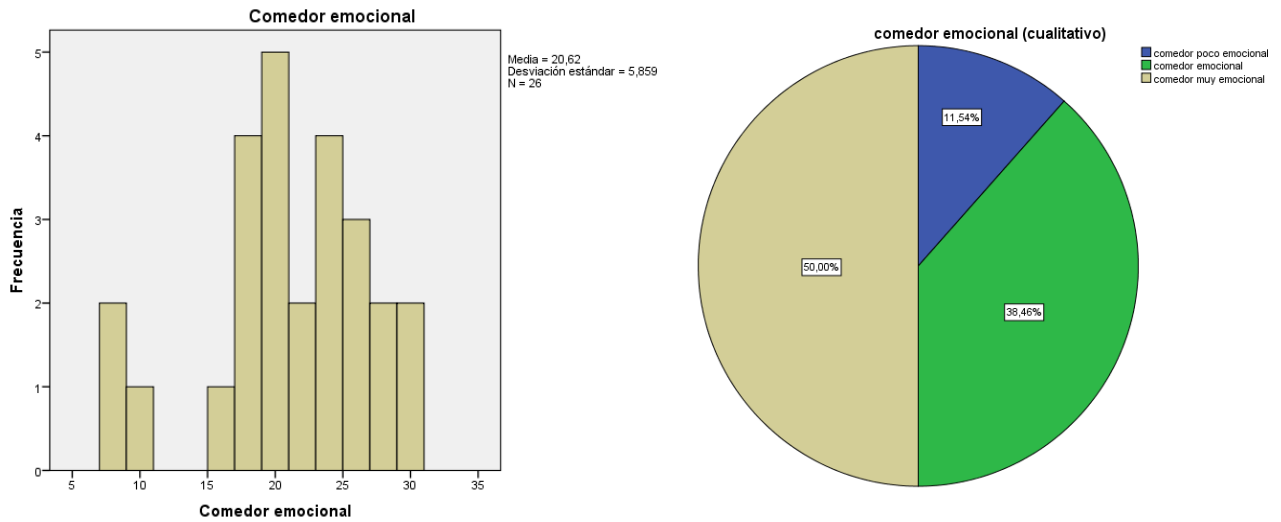
Figura 8. N° atracones/Food Craving



Esta correlación de Pearson nos da un valor de 0,23, lo que demuestra que al aumentar la puntuación en el food craving parece aumentar el N° de atracones/semana. Pero no se demuestra relación estadísticamente significativa ($p=0,29$), por lo que dicha correlación podría ser fruto del azar.

En el test del comedor emocional de Garaulet hemos obtenido el siguiente histograma y su significación con las puntuaciones:

Figuras 9 y 10. Comedor emocional

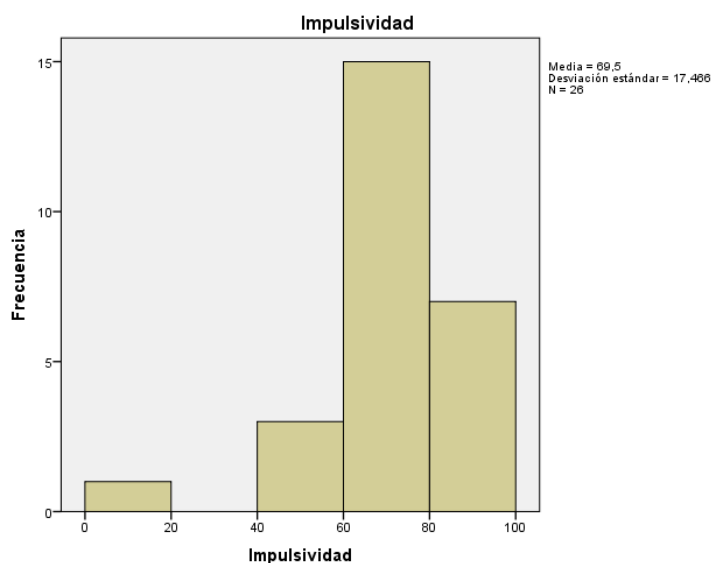


Se aprecia claramente que un 88% de nuestra muestra han dado puntuaciones de comedores emocionales y muy emocionales en este test. Estos resultados distan mucho de los obtenidos en una muestra de población general.

Se ha realizado una correlación de Pearson entre la puntuación del comedor emocional y el N° de atracones por semana y la correlación ha sido de 0,43. En este caso no ha habido ninguna duda de que una mayor puntuación en el comedor emocional de Garaulet se relaciona con un mayor número de atracones/semana. El resultado es estadísticamente significativo ($p = 0,02$).

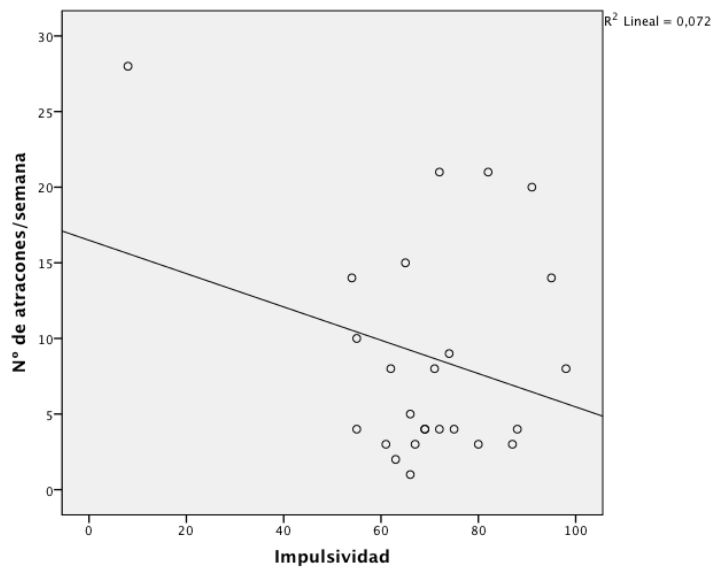
Los valores de la media y desviación típica del rasgo de impulsividad se pueden ver en el siguiente histograma:

Figura 11. Impulsividad



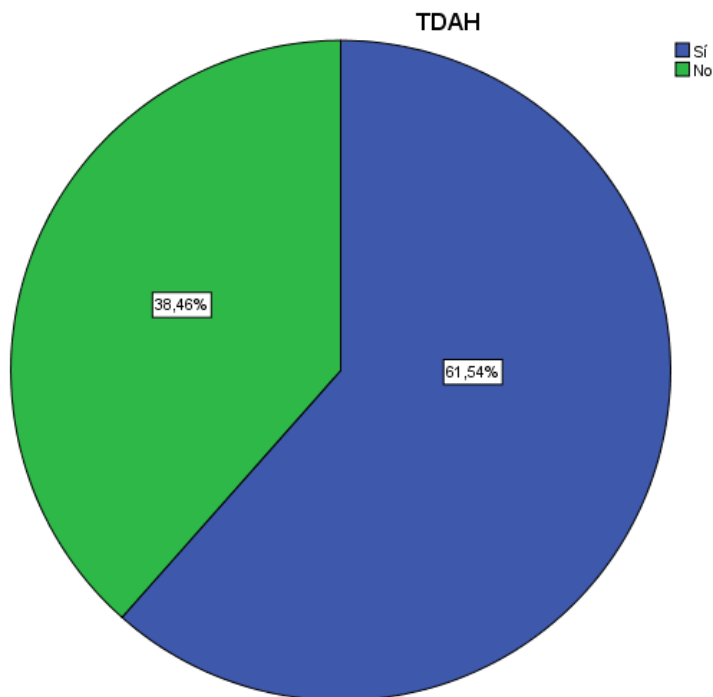
Estos valores indican que en nuestra muestra sí que hay una gran mayoría que presentan el rasgo de la impulsividad. Entonces se plantea realizar una correlación de Pearson con esta variable y el N° de atracones/semana. El resultado es una correlación inversa en contra de lo que se creía, es decir, los pacientes con mayor impulsividad sufren un menor número de atracones/semana. Pero esta correlación no llega a la significación estadística ($p = 0,19$).

Figura 12. N° de atracones/Impulsividad



En el WURS se ha medido la presencia de TDAH en la infancia, y en nuestra muestra hemos obtenido que un 61% sí que padecieron TDAH en la infancia frente a un 39% que no padecieron TDAH en la infancia. Estas cifras indican que en nuestra población hay una alta prevalencia de TDAH en la infancia en comparación con la prevalencia en la sociedad española en la cual, según la federación española de asociaciones de ayuda al déficit de atención e hiperactividad, la prevalencia de TDAH en la infancia es de un 2% a un 5% (18). Esto puede ser indicador de que el sufrir TDAH en la infancia puede ser un rasgo que aumente la probabilidad de desarrollar TA en la edad adulta.

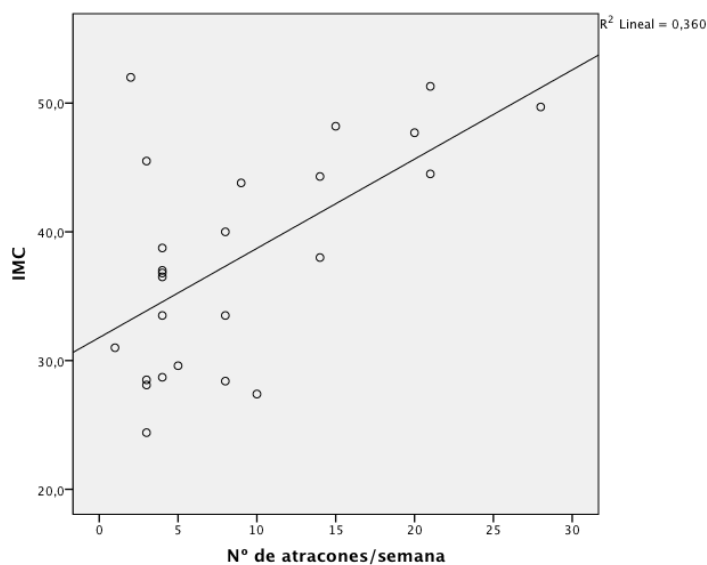
Figura 13. Valores TDAH



Por último hemos realizado dos correlaciones más, una entre el N° de atracones/semana-IMC y otra entre el IMC-autoestima. Aquí están los resultados:

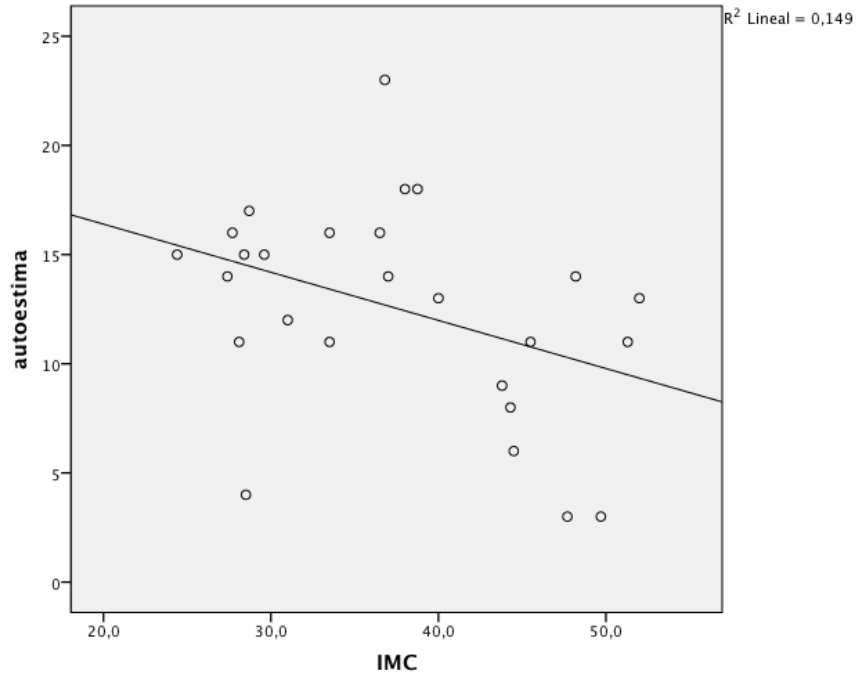
1. N° de atracones/semana-IMC. Hay una clara correlación entre ellas, a mayor número de atracones, mayor es el IMC del paciente. El valor de la correlación es de 0,6 y este es estadísticamente significativo ($p = 0,002$). Por lo cual, se podría relacionar el TA con la prevalencia de desarrollar obesidad.

Figura 14. N° de atracones/IMC



2. IMC-autoestima. También hay una clara correlación inversa entre ellas, es decir, cuanto mayor IMC presenta el paciente, menor autoestima tiene. El valor de la correlación es de $-0,38$ y este es estadísticamente significativo ($p = 0,05$). Lo que significa que la gente con obesidad suele tener una menor autoestima.

Figura 15. Autoestima/IMC



6. Discusión

El trastorno por atracón es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intentan compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno (19).

El objetivo de este estudio ha sido intentar documentar que la etiopatogenia del trastorno por atracón tiene un origen multifactorial desde el punto de vista psicopatológico con factores predisponentes y mantenedores (antecedentes de TDHA, impulsividad y comedor emocional) y factores precipitantes y mantenedores como la ansiedad, la depresión y la adicción a la comida. La baja autoestima sería un factor más complejo de delimitar porque podría ser un factor predisponente, precipitante y mantenedor; y así mismo podría ser la consecuencia del malestar psicológico asociado a la obesidad y a los propios atracones. Hemos tomado siguiendo los criterios del DSM-5 como principal variable dependiente: el número de atracones por semana. Destacar que hay muy pocos estudios realizados con esta metodología ya que el TA se empezó a considerar como TCA con características propias desde hace poco tiempo, en concreto desde 2013 desde la publicación del DSM-5 que es cuando ha adquirido rango diagnóstico, lo cual hace que sea la misma un aspecto novedoso en el estudio del TA...

Inicialmente comentaremos que desde el punto de vista de los datos sociodemográficos, salvo el dato como sucede en otros trastornos de alimentación, del predominio de mujeres; el resto de variables son muy similares a la población general; por lo cual nos informa que los sujetos que padecen un trastorno por atracón son preferentemente mujeres en edad media de la vida y con unas características sociodemográficas muy similares a la población general.

Por otra parte, hemos objetivado que la gran mayoría de los pacientes de la muestra tenían de forma comorbida obesidad de tipo preferentemente androide; lo cual nos indica que el trastorno por atracón es probablemente un factor etiológico importante en la obesidad asociada al síndrome metabólico; por lo cual los profesionales de la salud como los nutricionistas deben estar preparados para diagnosticar y tratar correctamente este tipo de trastorno alimentario. Otros autores postulan que la obesidad y el trastorno por atracón podrían tener en algunos casos una base genética común (20).

Destaca también como se ha descrito en otras publicaciones que casi la tercera parte de la muestra de nuestro estudio tiene la mayoría de los atracones por la noche que en algunos casos, aspecto no estudiado en este trabajo, da lugar al “síndrome de atracones o comedores nocturnos” como variante del trastorno por atracón (21).

Respecto los factores etiopatogénicos que hemos considerado como predisponentes y mantenedores hemos documentado los siguientes aspectos.

- Un elevado porcentaje de la muestra de estudio presentaba antecedentes de “Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia” (TDAH). Esta es un área de muy reciente interés en la investigación con los hallazgos preliminares de los estudios realizados sobre el tema es que el TDAH es un factor predisponente a algunos trastornos de la conducta alimentaria incluido el trastorno por atracón y la obesidad (22). Esta es un área muy a tener en cuenta desde el punto de investigación como de la terapéutica farmacológica del trastorno por atracón (23). Sin embargo; en nuestro estudio y de forma contraria a nuestra hipótesis no hemos encontrado asociación entre la impulsividad con el número de atracones sin encontrarle una explicación razonable a este hallazgo salvo que la impulsividad se ha descrito más en pacientes con bulimia nerviosa, en especial en la forma multimpulsiva, y en pacientes jóvenes; nuestra muestra tiene una edad media de 47 años donde se supone que muchos áreas de impulsividad que mide la escala de Barrat han sido ya atenuadas por la maduración psicológica o control inhibitorio de la impulsividad asociada al transcurrir de la vida.
- Las emociones tienen un poderoso efecto sobre la elección de alimentos y los hábitos alimentarios. Existe una relación entre comer, emociones y el aumento del aporte calórico. Esta relación debería ser medible para comprender mejor cómo utilizamos los alimentos en determinados estados de ánimo y cómo las emociones afectan a la eficacia de los programas de pérdida de peso. Con este objetivo se ha diseñado la encuesta o escala de comedor emocional de Garaulet. En nuestro estudio pone en evidencia que no solo los obesos pueden ser comedores emocionales; sino que en los pacientes con trastorno por atracón el número de atracones se correlaciona de forma muy significativa con las puntuaciones elevadas en esta escala, es decir, los pacientes con Trastorno por Atracón son “comedores emocionales” estando sus atracones muy influenciados por las emociones. Probablemente esta forma de “comedor emocional” en el trastorno por atracón no sea un factor predisponente simplemente sino también un factor precipitante y mantenedor del trastorno alimentario (24).

Muy relacionado con el anterior apartado objetivamos en nuestro estudio una correlación entre los estados de ansiedad y depresión con el número de atracones/semana que se dan la población del estudio, aunque estas correlaciones no lleguen a ser estadísticamente significativas (probablemente debido a que el número de pacientes de la muestra sea insuficiente); sin embargo sí que se podemos observar que un mayor nivel tanto de ansiedad como de depresión en el paciente tiende a asociarse con un mayor número de atracones/semana en el paciente. Por lo tanto, podríamos postular que tanto la ansiedad como la depresión pueden ser factores precipitantes y mantenedores del trastorno atracón (25).

Otro área de estudio de interés en la neurobiología de la nutrición es el hecho de que en determinados individuos vulnerables, la ingesta compulsiva de comida es muy similar a la conducta adictiva observada en pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas u otro tipo de trastorno adictivo (26). En nuestro estudio utilizando el Food Craving Questionnaire no hemos podido documentar que la “conducta adictiva respecto la comida” sea este estado un factor mantenedor del TA, aunque hemos obtenido una correlación positiva pero con una $P = 0,29$; por lo cual podríamos argumentar que puede ser un factor mantenedor del TA, en al menos algunos casos, sin embargo es una aspecto que no hemos obtenido resultados concluyentes.

En relación con la baja autoestima hay que decir que se asocia con ansiedad y depresión u otros estados emocionales negativos. En concordancia con los resultados antes descritos, hemos obtenido que a menor autoestima medida por la EAR mayor es el número de atracones/semana que sufre el paciente. Por otra parte, la mayoría de la población del estudio tiene puntuaciones bajas en la autoestima. Por lo consiguiente, se puede inferir que esta enfermedad reduce la autoestima del paciente. Sin embargo, hemos objetivado que nuestra muestra se asocia con obesidad en prácticamente todos los pacientes y hemos apreciado que los pacientes que más atracones/sufrían tienden a tener un IMC más elevado. La dificultad estriba en discernir si es el trastorno por atracón o la obesidad asociada al mismo o ambos quien menoscaba la autoestima o si una baja autoestima es un factor mantenedor y agravante de la enfermedad. Esta es una limitación del estudio, donde al intentar estudiar múltiples variables psicopatológicas y ser un estudio transversal, no podemos delimitar si la autoestima predispone al TA o es la obesidad secundaria al TA quien menoscaba la autoestima del paciente. Muy probablemente, se establezca un “círculo vicioso” que por si mismo agrave el trastorno alimentario; el cual solo un equipo multidisciplinar formado por médico psiquiatra, psicólogo y nutricionista pueda abordar con ciertas garantías de éxito (27).

7. Conclusiones

Las conclusiones obtenidas tras la realización de nuestro estudio han sido las siguientes:

1. Una mujer de mediana edad con características sociodemográficas similares a la población general es el perfil de la muestra de estudio de pacientes con TA
2. El Trastorno por atracón se asocia de forma comorbida con obesidad y el subtipo de atracón de predominio nocturno.
3. Por los resultados obtenidos impresiona que tener antecedentes de TDHA en la infancia predispone a la aparición de TA en la edad adulta.
4. Sin embargo, un “cluster” del TDHA como la impulsividad no se asocia en la muestra de estudio con el número de atracones; siendo necesarios nuevos estudios en esta área incipiente de investigación como es los antecedentes de TDHA y los trastornos de la conducta alimentaria.
5. Los pacientes con TA de la muestra son claramente la mayoría de ellos “comedores emocionales” siendo la influencia de las emociones en los hábitos alimentarios probablemente un rasgo del paciente con trastorno por atracón.
6. La conclusión anterior viene apoyada por que estados emocionales como la ansiedad y la depresión tienden a correlacionarse con el número de atracones; lo cual apoya la hipótesis de la influencia de las emociones en la etiopatogenia del trastorno por atracón
7. Por el contrario no hemos podido documentar que una relación entre comer compulsivo (adicción a la comida) de forma similar a otras adicciones con el trastorno por atracón; por lo cual impresiona que la “hiperfagia compulsiva” y el trastorno por atracón podrían tener unos distintos mecanismos etiopatogénicos.
8. La baja autoestima se correlaciona con el número de atracones; del mismo modo que estos se correlacionan con una mayor IMC; siendo difícil discernir si la baja autoestima es un factor etiológico del TA o es la obesidad asociada al TA la que menoscaba la autoestima del paciente. La complejidad de estos trastornos hace imprescindible el abordaje interdisciplinar con la presencia de un nutricionista experto en trastornos de la conducta alimentaria.

8. Bibliografía

1. Psicologíamente.net [Internet]. Barcelona: Jonathan García Allen; [actualizado 14 Feb 2017; citado 22 jun 2017]. Disponible en: <https://psicologiyamente.net/clinica/trastorno-por-atracon-causas-tratamiento>
2. Tamás Ágh, Gábor Kovács, Manjiri Pawaskar, Dylan Supina, András Inotai, Zoltán Vokó. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. 2015.
3. American psychiatric association. Trastorno de atracones. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Ed. Panamericana. 2013. p. 194-195.
4. Casado Morales MI. Obesidad y Trastorno por Atracón. Psicología, bienestar y salud, Editorial Grupo 5, Madrid, 2013
5. Reas DL, Grilo CM. Pharmacological treatment of Binge Eating Disorder: Update Review and Synthesis. Expert Opin Pharmacother 2015; 16 (10): 1463-1478
6. Who.int [Internet]. Centro de prensa; [actualizado 16 jun 2016; citado 22 jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
7. Hsnstore.com [Internet]. David Díaz Gil; [actualizado 25 mayo 2017; citado 22 jun 2017]. Disponible en: <https://www.hsnstore.com/blog/indice-de-masa-corporal-imc-indice-cintura-cadera-icc-dos-metodologias-diferentes-para-medir-nuestra-composicion-corporal/>
8. Francisco Luis Atienza, Diana Pons, Isabel Balaguer y Marisa García-Merita. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Psicothema. 2000. Vol. 12, nº 2, pp. 314-319.
9. J.H. Gooding. Author links. P.J. McKenna. R.P. Snaith. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. Journal of Psychosomatic Research. Volume 31, Issue 2, 1987, Pages 261-268.
10. Dulanto Banda R, Reza Goyanes M, Blasco Amaro JA, Fernández de Larrea Baz N. Estándares de uso adecuado de Tecnologías Sanitarias. Eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico del trastorno bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entalgo; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS N° 2006/02-04.
11. Oquendo y cols. Neuropsychological Dysfunction in Depressed Suicide Attempters. The american Journal os psychiatry. Volume 158, Issue 5, May 2001, pp. 735-741.
12. Ward, Wender , Reimherr . The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. 1993

13. Retz-Junginger y cols. Wender Utah rating scale. The short-version for the assessment of the attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Nervenarzt*. 2002 Sep;73(9):830-8.
14. Rodríguez-Jiménez R, Ponce G, Monasor R, Jiménez-Jiménez M, Pérez-Rojo JA, Rubio G, et al. Validación en población española adulta de la Wender Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol* 2001; 33: 138-44
15. Psicoactiva.com [Internet]. Barcelona: Marta Guerri Pons; [actualizado 20 ene 2017; citado 22 jun 2017]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/diccio/diccionario-de-psicologia-r.htm>
16. Ine.es [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [citado 22 jun 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
17. E. Rodríguez-Rodríguez, B. López-Plaza, A. M.^a López-Sobaler y R. M.^a Ortega. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición hospitalaria*. vol.26 no.2 Madrid mar./abr. 2011
18. Feaadah.org [Internet]. España: más de 70 asociaciones federadas; [actualizado 22 jun 2017 citado 22 jun 2017]. Disponible en: <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/datos-y-cifras.htm>
19. American Psychological Association [Internet]. Estados Unidos: APA; c1892 [citado 22 jun 2017]. Disponible en: <http://www.apa.org/>
20. Micali N, Field AE, Treasure JL, Evans DM. Are Obesity Risk Genes Associated with Binge Eating in Adolescence? *Obesity* 2015; 23: 1729-1736
21. Allison KC, Grilo CM, Mashed RM, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J Consul Clin Psychol* 2005; 73: 1107-15
22. Kaisari P, Dourish C, Higgs S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clin Psychol Rev* 2017; 53: 109-121
23. Fornaro M, Solmi M, Perna G, De Beradis D, Veronese N, Orsolini L et al. Lisdexanfetamine in the treatment of moderate-to-severe binge eating disorder in adults. *Neuropsych Dis Treatment* 2016; 12: 1827-1836
24. Macht M. How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite* 2008; 50: 1-11
25. Albohn-Kühne C, Rief W. Shame, guilt and social anxiety in obesity with binge-eating disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61 (9-10): 412-7
26. Curtis C, Davis C. A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective. *Eating Disord* 2014; 22: 19-32

27. Alvarado A, Guzmán E, González MT. Obesity: Low self-esteem? Psychological intervention in obese patients. *Psicología* 2005; 10 (2): 417-428

Otras referencias Bibliográficas

1. José y Baile Ayensa, María J. González Calderón. Trastorno por atracón Diagnóstico, evaluación y tratamiento. Pirámide. 2016.
2. María Isabel Casado Morales. Obesidad y trastorno por atracón. Grupo 5. 2013
3. Sandi Krstinic. Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien. Desclée De Brouwer. 2013.
4. M.P. García-Portilla Gonzalez, M.T. Bascarán Fernández, P.A. Sáiz Martinez, M. Parededa Redondo, M. Bousoño García, J. Bobes García. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª edición. Cyesan, cibersam y área de psiquiatría de la universidad de Oviedo. 2011

Anexo 1: Consentimiento informado

Hoja de información:

Estamos realizando un estudio observacional descriptivo transversal sobre la enfermedad del trastorno por atracón en el cuál queremos estudiar los distintos procesos por los cuales suele empezar esta patología, en que tipos de personalidades hay mayor porcentaje de desarrollo de la enfermedad, que tipos de alimentos se suelen consumir durante los episodios de la enfermedad y otras variables que pueden ser estudiadas con relación a esta enfermedad. Además, también se estudiará la posible comorbilidad entre trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los diferentes trastornos de la conducta alimentaria.

El estudio lo vamos a realizar de forma multidisciplinar entre dos alumnos de nutrición Miriam Cancho Fuertes y Pablo Gracia Monserrate y una doctoranda en psicología Amaya Carceller Tejedor bajo la tutela del Dr. Carmelo Pelegrín Valero.

La muestra de los participantes se ha escogido entre los pacientes del hospital san Jorge que sufren la patología del trastorno por atracón y a lo largo de todo el estudio se respetará el anonimato de los pacientes.

Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados en un principio con fines académicos y si los resultados fueran de gran impacto científico se podrían utilizar para publicar un estudio en revistas científicas.

Por supuesto os recordamos que vuestra participación es libre y voluntaria y que la única responsabilidad que tendréis como voluntarios será que rellenéis unas encuestas que os mandamos con la mayor veracidad posible.



Hoja consentimiento informado del paciente

Yo,.....(Nombre y apellidos
del participante).

- He leído y acepto la hoja de información que se me ha entregado
- He podido hacer preguntas sobre el motivo de estudio y su realización y he recibido suficiente información sobre el mismo
- Participo de forma libre y voluntaria
- He recibido una copia de este consentimiento informado

Firma del participante:.....

En Huesca; a día..... de.....de 2017

Anexo 2. Ficha de paciente

Fecha:

Entrevista para pacientes con trastorno por atracón

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo:

Dirección:

Código postal:

Telf. de contacto:

Correo electrónico:

Nivel de estudios: 1. Sin estudios 2. Estudios primarios (ESO)
3. Estudios secundarios (grados medios o superiores) 4. Diplomatura o Licenciatura
5.NS/NC

Ocupación laboral: 1.Activo 2. Invalidez total 3. Baja laboral 4.En paro

Tipo de ocupación:

Estado civil: 1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Divorciado/a 4.Viudo/a 5.Otros

¿Tiene hijos? ¿Cuántos hijos?

Sobre la patología:

¿Cuánto tiempo hace que comenzaron los atracones?

¿Actualmente sufre atracones?

En caso de que haya respondido afirmativamente a la anterior pregunta ¿Cuántos atracones sufre en una semana?

¿En qué momentos del día se dan o se daban dichos atracones con más frecuencia? (Puede rodear varias respuestas)

1. Amanecer

2.Mediodía

3.Atardecer

4.Noche

Antes de empezar recuerde que en caso de que ahora mismo no sufra atracones debe responder a las escalas recordando cómo se sentía en los momentos que se producían dichos atracones.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, lea las frases que figuran a continuación y señale el nivel de acuerdo o desacuerdo que tiene con ellas:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras				
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas				
3. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
5. Creo que no tengo mucho de lo que sentirme orgulloso				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				
10. A veces pienso que no sirvo para nada				

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Por favor, este cuestionario ha sido confeccionado para ayudarnos a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Conteste a cada pregunta según coincida con su estado emocional en los momentos que se daban los atracones.

No es necesario pensar mucho las respuestas ya que las respuestas espontáneas tienen más valor en este cuestionario

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 3. Casi todo el día | 2. Gran parte del día |
| 1. De vez en cuando | 0. Nunca |

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 0. Ciertamente igual que antes | 1. No tanto como antes |
| 2. Solamente un poco | 3. Ya no disfruto con nada |

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 3. Sí, y muy intenso | 2. Sí, pero no muy intenso |
| 1. Sí, pero no me preocupa | 0. No siento nada de eso |

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 0. Igual que siempre | 1. Actualmente, algo menos |
| 2. Actualmente, mucho menos | 3. Actualmente, en absoluto |

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 3. Casi todo el día | 2. Gran parte del día |
| 1. De vez en cuando | 0. Nunca |

D.3. Me siento alegre:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 3. Nunca | 2. Muy pocas veces |
| 1. En algunas ocasiones | 0. Gran parte del día |

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- | | |
|----------------|-------------|
| 0. Siempre | 1. A menudo |
| 2. Raras veces | 3. Nunca |

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 3. Gran parte del día | 2. A menudo |
| 1. A veces | 0. Nunca |

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estomago

- | | |
|-------------|------------------------------|
| 0. Nunca | 1. Sólo en algunas ocasiones |
| 2. A menudo | 3. Muy a menudo |

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| 3. Completamente | 2. No me cuido como debería hacerlo |
| 1. Es posible que no me cuide como debiera | 0. Me cuido como siempre lo he hecho |

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

- | | |
|--------------------|----------------|
| 3. Realmente mucho | 2. Bastante |
| 1. No mucho | 0. En absoluto |

D.6. Espero las cosas con ilusión

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 0. Como siempre | 1. Algo menos que antes |
| 2. Mucho menos que antes | 3. En absoluto |

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| 3. Muy a menudo | 2. Con cierta frecuencia |
| 1. Raramente | 0. Nunca |

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- | | |
|----------------|------------------|
| 0. A menudo | 1. Algunas veces |
| 2. Pocas veces | 3. Casi nunca |

COMEDOR EMOCIONAL DE GARAULET

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas con los números del 0 al 3 siendo que dichos números significan: 0. Nunca 1. A veces 2. A menudo 3. Siempre;

	Puntuación
1. ¿La báscula tiene un gran poder sobre mi? ¿Es capaz de cambiar mi estado de humor?	
2. ¿Tengo antojos por ciertos alimentos?	
3. ¿Me cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?	
4. ¿Tengo problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?	
5. ¿Como cuando estoy estresado, enfadado o aburrido?	
6. ¿Como más de mis alimentos favoritos, y con más descontrol, cuando estoy solo?	
7. ¿Me siento culpable cuando tomo alimentos “prohibidos”, es decir, aquellos que creo que no debería, como los dulces o snacks?	
8. ¿Por la noche es cuando más descontrol siento de la alimentación?	
9. ¿Me he puesto a dieta y por alguna razón como más de cuenta, entonces pienso que no vale la pena y como de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?	
10. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tu a ella?	

Total:

FOOD CRAVING QUESTIONNAIRE

Instrucciones: Hemos escrito una lista de comentarios que gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, y deseos, tentaciones, y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que hay debajo de cada descripción, escriba en el espacio de la izquierda hasta que punto usted está de acuerdo con que usted se siente así ahora mismo. Por favor note que algunas preguntas se refieren a una o varias comidas en particular (comidas que le apetecerían ahora), mientras que otras se refieren a comidas que le apetecen en general: Absolutamente nada de acuerdo (1), Casi nada de acuerdo (2), Neutral (3), Un poco de acuerdo (4), Muy de acuerdo (5).

Versión reducida:

An Intense Desire to Eat

- 1 Ahora mismo, tengo un deseo intenso de comer una o varias comidas en particular
- 2 Ahora mismo tengo un antojo por una o varias comidas en particular
- 3 Ahora mismo me urge comer una o varias comidas en particular

Anticipation of Positive Reinforcement that may Result from Eating

- 4 Si pudiera comer una o varias comidas en particular me sentiría perfectamente
- 5 Estoy seguro de que si comiera lo que deseo, mi humor mejoraría
- 6 Comer una o varias comidas en particular me haría sentir maravillosamente

Anticipation of Relief from Negative States and Feelings as a Result of Eating

- 7 Si comiera algo no me sentiría tan débil y aletargado
- 8 Me sentiría menos antipático e irritable si pudiera satisfacer mis deseos de comer
- 9 Me sentiría más alerta si pudiera satisfacer mis deseos de comer

Lack of Control over Eating

- 10 Si tomara una o varias comidas en particular no podría parar de comerlas
- 11 Mi deseo de comer una o varias comidas en particular puede más que yo
- 12 Ahora mismo, sé que voy a seguir pensando en lo que me apetece hasta que lo consiga

Craving as a Physiological State

- 13 Tengo hambre
- 14 Si pudiera comer algo ahora mismo, mi estómago no se sentiría tan vacío
- 15 Me siento débil por no comer

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca (0)	Ocasional mente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos periodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				

22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo a ver si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo período de tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

WENDER-UTAH RATING SCALE (WURS)

Recuerde que esta escala la ha de contestar según su forma de ser cuando usted era pequeño (6-14 años).

De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):	Nada (0)	Un poco (1)	Moderadamente (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
1. Activo, no paraba nunca					
2. Miedo de las cosas					
3. Problemas de concentración; me distraía con facilidad					
4. Ansioso, preocupado					
5. Nervioso, inquieto					
6. Poco atento, "en las nubes"					
7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
8. tímido, sensible					
9. Explosiones de genio, rabieta					
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba					
11. Testarudo, cabezota					
12. Triste, deprimido					
13. Imprudente, temerario; hacía travesuras					
14. Insatisfecho con la vida; no me gustaba hacer ninguna cosa					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón					
16. Mala opinión de mí mismo					
17. Irritable					
18. Extravertido, amigable; me gustaba la compañía de los demás					
19. Descuidado; me organizaba mal					
20. Cambios de humor frecuente: alegre, triste...					
21. Enfadado					
22. Popular; tenía amigos					
23. Me organizaba bien; ordenado, limpio					
24. Impulsivo; hacía las cosas sin pensar					
25. Tendencia a ser inmaduro					
26. Sentimientos de culpa; remordimientos					
27. Perdía el control de mí mismo					
28. Tendencia a ser o actuar irracionalmente					
29. Poco popular entre los demás chicos; los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los					

demás chicos					
30. Mala coordinación; no hacía deporte					
31. Miedo a perder el control					
32. Buena coordinación; siempre me escogían de los primeros para el equipo					
33. Un chico (sólo si es mujer)					
34. Me escapaba de casa					
35. Me metía en las peleas					
36. Molestaba a otros niños					
37. Líder, mandón					
38. Dificultades para despertarme					
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás					
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros					
41. Problemas con las autoridades, en la escuela; visitas al jefe de estudios					
42. Problemas con la policía, condenas					
Problemas médicos en la infancia:					
43. Dolor de cabeza					
44. Dolor de estómago					
45. Estreñimiento					
46. Diarrea					
47. Alergia a los alimentos					
48. Otras alergias					
49. Me orinaba en la cama					
De niño, en la escuela yo era (o tenía):					
50. En general un buen estudiante; aprendía rápido					
51. En general un mal estudiante; me costaba aprender					
52. Lento para aprender a leer					
53. Leía despacio					
54. Dislexia					
55. Problemas para escribir, deletrear					
56. Problemas con los números o las matemáticas					
57. Mala caligrafía					
58. Capaz de leer bastante bien, pero nunca me gustó hacerlo					
59. No alcancé todo mi potencial					
60. Repetí curso (¿Cuál)					
61. Expulsado del colegio (¿Qué cursos ?)					