

OBESIDAD Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

OBESITY AND EATING DISORDERS

DRA. M. ISABEL ERRANDONEA U. (1)

1. DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN CLÍNICA, CLÍNICA LAS CONDES.

Email: ierrandonea@clc.cl

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica con múltiples causas. Su etiopatogenia es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Factores sociales, psiquiátricos y psicológicos influyen en un patrón de ingesta alterado, uno de ellos son los trastornos de alimentación. Los trastornos de alimentación más frecuentemente asociados a la obesidad son los no especificados, el trastorno por atracones, el síndrome del comedor nocturno y la bulimia nerviosa. El objetivo de este artículo es revisar su presentación clínica, evolución y tratamiento.

Palabras clave: Obesidad, trastornos de alimentación, trastorno por atracones, bulimia nerviosa.

SUMMARY

Obesity is a chronic disease with multiple causes. Its etiopathogenesis is an imbalance between the intake and energy expenditure. Social, psychiatric and psychological factors influence on an altered eating pattern, one of them is eating disorders. The most frequent eating disorders associated to obesity are: eating disorders not otherwise specified, binge eating disorder, night eating syndrome and bulimia nervosa. This article aims to review their clinical presentation, course, outcome and treatment.

Key words: Obesity, eating disorder, binge eating disorder, bulimia nervosa.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad compleja y de múltiples causas. Su etiopatogenia es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, cuyo resultado genera un balance calórico positivo. Entre los variados factores que determinan el aumento de la ingesta, hay mecanismos que abarcan desde las formas de vida, aspectos sociales, culturales, educacionales y personales, hasta el manejo del apetito y las sensaciones de hambre y saciedad. Entender la susceptibilidad que lleva a algunas personas a subir de peso necesita el estudio de los factores fisiológicos, sociales y cognitivos que modulan la ingesta y el gasto. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que tienen su base específicamente en el área psiquiátrica, también se han relacionado a sobrepeso, obesidad, fracaso al tratamiento y recuperación de peso de los pacientes con estas condiciones. Algunos TCA, a través de un aumento de las calorías ingeridas, producen un balance calórico positivo que deriva en un aumento de peso.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN O TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen como característica general la existencia de un factor común, igual en pacientes hombres y mujeres, que se puede definir como una sobrevaloración del peso y de la forma corporal. La percepción que tiene el individuo de su desempeño en la sociedad se basa, en forma muy importante o casi exclusiva, tanto en el peso y forma de su cuerpo como en la habilidad de controlar estas dos variables. Existe una alteración o conducta anómala persistente en la forma de alimentarse y en el manejo del control del peso, que modifica e impacta la salud física y el funcionamiento psicológico y social. Los trastornos de alimentación tienen su origen en la esfera psiquiátrica, y los

criterios usados para diagnosticarlos y clasificarlos están establecidos en la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (1), correspondiendo a:

- 1. **Anorexia nerviosa**
- 2. **Bulimia nerviosa**
- 3. **Trastornos de alimentación no especificados (TANE)**

Estos grupos, si bien tienen criterios diagnósticos definidos y son categorías específicas, tienen varias características en común y es posible que los pacientes transiten o migren entre las distintas entidades diagnósticas. Tienen una fisiopatología similar y también existen mecanismos parecidos que determinan su mantención en el tiempo. A continuación se describen los principales trastornos de alimentación.

1. Anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa tiene una prevalencia general menor al 1%, con una alta morbilidad y mortalidad debido a sus complicaciones psiquiátricas, metabólicas, cardiovasculares, endocrinas e inmunológicas. Se inicia generalmente en la adolescencia y afecta mayoritariamente a mujeres. Hay factores genéticos y de personalidad (tendencia a la perfección, autoevaluación negativa, rasgos obsesivos), que se han relacionado al desarrollo de anorexia. El objetivo de las pacientes es bajar de peso con una restricción severa y selectiva de la comida, excluyendo todos los alimentos que se perciben como calóricos o que pueden engordar, llegando a ingestas extremadamente reducidas por el intenso e irracional miedo a subir de peso. El desorden, si bien generalmente comienza con una restricción calórica, con el transcurso del tiempo comienza a presentar atracones y conductas de purga en

más del 50% de los casos. La enfermedad se desarrolla en forma crónica con remisiones y recaídas, y tiene una mortalidad de un 5% a 10%, que es mayor a la de una población de la misma edad para otros trastornos psiquiátricos. En cuanto a su pronóstico, aproximadamente la mitad de los pacientes se recuperan, un 25% de los casos pasan a la cronicidad y otro 25% tiene síntomas residuales que no corresponden a una mejoría total. En general, una detección e intervención más temprana y en pacientes más jóvenes facilita la recuperación y la probabilidad de éxito (2,3). Dado el carácter restrictivo de esta enfermedad, caracterizada por la imposibilidad de mantener un peso adecuado, bajo o muy bajo lo recomendado, este trastorno de alimentación no tiene una relación directa con el desarrollo de obesidad.

2. Bulimia nerviosa. Es un trastorno de alimentación cuyo significado es "hambre de buey", un hambre fuera de lo normal, tan grande, que habla de un sujeto que podría comerse un buey completo, haciendo referencia a los atracones de comida que la caracterizan. Estos atracones (descritos en trastorno por atracones) son acompañados de conductas que buscan compensar o contrarrestar la ingesta desmedida de comida, con el objetivo de no subir de peso. Las acciones compensatorias son del tipo purgas (inducción de vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos), de restricción de la ingesta o la realización de actividad física. Esto constituye la gran diferencia con el trastorno o síndrome por atracones, que no presenta conductas compensatorias. Los criterios establecidos para bulimia nerviosa por DSM-IV están en Tabla 1. La prevalencia de bulimia nerviosa es de un 2 a 3% en la población general (4). Factores de riesgo para bulimia nerviosa, entre otros, incluyen actividades que centren importancia en el peso (deportes, modelaje, danza), baja autoestima, historia de abuso

TABLA 1. CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA BULIMIA NERVIOSA (DSM-IV)

<p>A.- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>1.- Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un período similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>2.- Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).</p>	<p>C.- El atracón ocurre, en promedio, al menos 2 veces a la semana por 3 meses.</p>
<p>B.- Conducta compensatoria inadecuada recurrente para evitar aumento de peso, como inducción de vómitos, uso de laxantes, enemas, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.</p>	<p>D.- La autoevaluación es indebidamente influida por la forma corporal y el peso.</p>
	<p>E.- El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa.</p>
	<p><i>Subtipos específicos:</i></p> <p>Tipo purgativo: En el cuadro actual de bulimia, la persona ha presentado vómitos autoinducidos o uso de laxantes, diuréticos o enemas.</p> <p>Tipo no purgativo: En el cuadro actual de bulimia, la persona ha utilizado otros mecanismos compensatorios inapropiados, como ayuno, ejercicio excesivo, pero no ha presentado vómitos autoinducidos o uso de laxantes o diuréticos o enemas.</p>

American Psychiatric Association. 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author. Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

sexual o físico, el hábito de comer en solitario. Se relaciona a condiciones en el área psiquiátrica como dificultad en el control de impulsos, abuso de medicamentos, drogas o alcohol, trastorno de personalidad, dificultad en relaciones interpersonales, entre otras.

El desarrollo de la bulimia se basa en los intentos por mantener un peso que es considerado adecuado para el paciente, con grandes esfuerzos en controlar la alimentación, la que es interrumpida por episodios de gran ingesta, seguidos de conductas compensatorias. Muchas veces la comida es elegida en forma especial por su facilidad para tragarse y luego vomitarse, y en general se trata de alimentos de alto contenido calórico, como dulces, chocolates, picoteos dulces o salados y otros alimentos que la persona no come en otras circunstancias, pero que en forma planeada guarda para el momento en que se da permiso para comer sin control. Es habitual observar a un paciente con bulimia de peso normal o elevado, incluso presentando conductas que compensen la ingesta de calorías (5). En pacientes con diagnóstico y tratamiento, la evolución es a la mejoría de la enfermedad en más del 70% de los casos.

3. Trastornos de alimentación no especificados (TANE). Los trastornos de alimentación no especificados son los que predominan en el paciente obeso (6), aunque es importante tener en cuenta que también se pueden presentar en sujetos de peso normal. Corresponden a aquellos trastornos de alimentación que no cumplen los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa ni bulimia nerviosa. Esta categoría abarca a la mayoría de los pacientes que tienen trastornos de alimentación y es muy amplia y variada en sus presentaciones. Desde sujetos que mastican y escupen grandes cantidades de comida, sin deglutirla; hasta personas que cumplen varios criterios para bulimia nerviosa, pero no alcanzan la frecuencia semanal establecida para los atracones, la duración en el tiempo que exige la definición, o que presentan conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos) sin tener atracones objetivos, como por ejemplo, tras comer una pequeña cantidad de comida, similar a un par de galletas, se inducen vómitos. El hecho que sean presentaciones que se han llamado parciales o "síndromes parciales", es decir, que presentan algunas pero no todas las características que determina el criterio diagnóstico, no disminuye su trascendencia como trastorno alimentario, pues la sobrevaloración de la comida, de la forma corporal, del peso y la imagen, junto a la influencia sobre el desempeño en la vida diaria, corresponden a un trastorno de alimentación (7,8). Es en esta categoría, con una serie de condiciones intermedias, donde existe una mayor frecuencia de población con sobrepeso y obesidad. Los desórdenes más frecuentes en los trastornos de alimentación no especificados asociados a obesidad, son el trastorno por atracones y el síndrome del comedor nocturno.

Trastorno por atracones. Se puede entender un atracón como la ingesta de un gran volumen de comida en un determinado periodo de tiempo, acompañado de sensación de pérdida de control. El atracón, por lo tanto, tiene 2 componentes fundamentales: gran cantidad de comida ingerida y percepción de descontrol. Los atracones pueden presentarse en varios trastornos de alimentación: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastornos atípicos y en el trastorno o síndrome por atracones. En los pacientes

TABLA 2. CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA TRASTORNO POR ATRACONES (DSM-IV)

A.- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- 1.- Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

B.- Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de las siguientes características:

- 1.- Comer mucho más rápido de lo normal.
- 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho (a).
- 3.- Comer porciones muy grandes sin sentir sensación física de hambre.
- 4.- Comer en solitario por sentir vergüenza de la cantidad consumida.
- 5.- Sensación de disgusto consigo mismo (a), sensación de culpa después de comer.

C.- Marcada incomodidad por los atracones.

D.- El atracón ocurre, en promedio, al menos 2 días a la semana por 6 meses.

E.- El atracón no se asocia en forma regular a conductas de tipo compensatorias (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa.

American Psychiatric Association. 1994, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author. Copyright 1994 by the American Psychiatric Association.

obesos se puede observar la existencia de atracones aislados, como también de atracones como parte de este síndrome, que tiene especificado un número de episodios por semana. Los criterios diagnósticos establecidos por DSM-IV se describen en la Tabla 2. Como se observa en dicha tabla, para establecer la presencia de síndrome, y no solo de atracones, se considera una frecuencia de al menos 2 atracones a la semana, lo que excluye del criterio a conductas intermedias o que se producen solo en forma ocasional. Se ha debatido en cuanto a qué tan objetivo puede ser determinar cuánta comida es exagerada o "más de lo que una persona en esas mismas circunstancias comería", como también establecer el lapso de tiempo en el que se producen, acotado a 2 horas. En la práctica clínica los pacientes pueden relatar que, a veces, sienten que pierden el control o tienen inquietud o angustia con porciones que para un observador podrían ser pequeñas; para otros, hay un gran volumen ingerido, pero en un amplio periodo de tiempo, mayor a 2 horas. Todos estos tipos de variantes

sobre el criterio establecido de atracón, entran en un área subjetiva, pero no por eso menos importante, por el impacto en el paciente que ve alterado su funcionamiento psicológico y social, junto al patrón de alimentación alterado que lleva al desarrollo de sobrepeso y obesidad.

La validación del trastorno por atracones como trastorno de alimentación se basa en su relación a (9):

- 1.-Influencia sobre un normal funcionamiento laboral y social.
- 2.-Excesiva preocupación sobre imagen corporal y peso.
- 3.-Asociación a psicopatologías.
- 4.-Significativo empleo de tiempo de la vida adulta haciendo dietas.
- 5.-Historia de depresión, abuso de alcohol /drogas, tratamiento por aspectos emocionales.

En pacientes que consultan a programas de baja de peso, la prevalencia del trastorno por atracones bordea el 35% (10), mientras que en la población general es de entre un 2 a 5%. Los pacientes con trastorno del comedor por atracones tienen, al compararse con grupos controles, mayor grado de obesidad, mayor psicopatología asociada, un inicio de la obesidad a edades más tempranas, como asimismo el comienzo más precoz de las dietas que las personas que no lo presentan (9-11). Es importante destacar que pacientes obesos con trastorno por atracones, comparados con los que no los presentan, muestran un consumo superior de calorías en pruebas de conducta alimentaria realizadas en laboratorio, peor calidad de vida y niveles significativamente mayores de comorbilidad psiquiátrica.

Trastorno del comedor nocturno. Descrito por Albert J. Stunkard en 1955, presenta un patrón de ingesta de predominio vespertino/nocturno, que altera el ciclo normal de sueño. Su cuadro característico es el de un paciente que ingiere una importante cantidad de las calorías del día después de la última comida, con despertares durante la noche (insomnio) y anorexia matinal. No hay episodios de atracones; al despertar se ingieren alimentos de moderado contenido calórico (menos de 270 calorías), de composición alta en carbohidratos o carbohidratos más proteínas, y sin pérdida de control. Estos episodios representan un retraso del ritmo habitual de ingesta en un rango de 2 a 6 horas, el que interrumpe el ritmo de sueño, que está conservado. Es importante destacar que el paciente está completamente despierto, hay recuerdo del evento al día siguiente y no existe sonambulismo.

En forma similar al trastorno por atracones, este síndrome también se asocia a sobrepeso y obesidad, como también es más frecuente en pacientes que solicitan tratamiento para bajar de peso, llegando a un 10% de prevalencia (12). En la población general, la prevalencia es de un 1.5% (13). Su presencia influye también en la resistencia y los peores resultados a las tentativas de reducción de peso (14). No es exclusivo de los obesos, también está descrito en personas de peso normal, pero se ha determinado que la presencia de síndrome del comedor nocturno se asocia a mayores índices de masa corporal (15).

En el curso de estos más de 50 años, distintos investigadores han sugerido

varias proposiciones para afinar los criterios diagnósticos, sobre todo en cuanto a establecer qué porcentaje de las calorías totales del día son consumidas en la noche o después de la última comida. En este punto se considera que hay variaciones de tipo cultural sobre el horario de la última comida del día, que dificultan llegar a un consenso. Estos factores influyen en que una definición final esté aún en proceso.

Los criterios usados actualmente para identificar a un comedor nocturno son:

- 1.-Un consumo de un 50% de las calorías totales del día en forma posterior a la última comida.
- 2.-Anorexia o falta de apetito durante la mañana.
- 3.-Despertares durante la noche (insomnio) e ingesta nocturna.
- 4.-Una duración de al menos 3 meses.
- 5.-No cumplir con criterios de bulimia nerviosa o síndrome del comedor por atracones.

NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CON DSM-V

La publicación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición o DSM-V (www.dsm5.org), anunciada para el año 2013, será una nueva herramienta que ayude a simplificar algunos criterios diagnósticos y a aclarar dudas acerca de ellos al momento de evaluar a un paciente con un trastorno de alimentación. Establece cambios en cuanto a frecuencia y repetición en el tiempo de conductas alimenticias alteradas, en relación a su antecesor DSM-IV. Como se puede observar en la Tabla 3, para el trastorno por atracones la frecuencia pasa a ser de al menos uno a la semana, en contraste con el criterio DSM-IV, que plantea dos días a la semana. Una revisión de la literatura estableció que los sujetos con menos de dos episodios semanales eran similares a los que cumplían el criterio actual, por lo que se redujo la frecuencia a una vez a la semana. También la duración en el tiempo se restringe a tres meses, versus seis meses del criterio actual (16). Lo mismo ocurre en el caso de la bulimia nerviosa, en Tabla 4, pues también se modifica la frecuencia a una vez a la semana y se mantiene un periodo de tres meses de duración, homogenizando frecuencias semanales y de duración en el tiempo con trastorno por atracones. Se ha sugerido reevaluar en el caso de bulimia nerviosa el establecer subtipos, en particular el subtipo no purgativo, por su similitud a un trastorno por atracones (17,18). Todos los cambios en los manuales de diagnóstico finalmente tienen su aplicación en la práctica clínica y serán los usuarios y la experiencia los que irán conformando los criterios que se mantienen. En todo caso, ya varios ven más allá del DSM-V (19).

TRATAMIENTO

El tratamiento de los TCA en un marco de obesidad, se enfoca desde el punto de vista multidisciplinario, tomando en cuenta los aspectos psiquiátricos, psicológicos y nutricionales. En el tratamiento de pacientes obesos con trastornos de alimentación que presentan atracones, uno de los objetivos es disminuir o controlar estos episodios (20), mejorar el malestar psicológico asociado y considerar que es fundamental tratar su comorbilidad psiquiátrica. En el transcurso del tratamiento, la idea y foco se concentra

TABLA 3. CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA TRASTORNO POR ATRACONES SEGÚN DSM-V

A.- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- 1.- Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

B.- Los episodios de atracones se asocian a 3 o más de las siguientes características:

- 1.- Comer mucho más rápido de lo normal.
- 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho (a).
- 3.- Comer porciones muy grandes sin sentir sensación física de hambre.
- 4.- Comer en solitario por sentir vergüenza de la cantidad consumida.
- 5.- Sensación de disgusto consigo mismo (a), sensación de culpa después de comer.

C.- Marcada incomodidad por los atracones.

D.- El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.

E.- El atracón no se asocia en forma regular a conductas de tipo compensatorias (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa o bulimia nerviosa u otro trastorno evitativo/restrictivo.

Fuente: www.dsm5.org

en ir identificando pensamientos y sentimientos que alteran la percepción que el paciente tiene de la alimentación, de la imagen corporal, del peso y de los atracones. Desde el punto de vista de psiquiatras y psicólogos la terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal y terapia conductual dialéctica (DBT) pueden aplicarse en los pacientes para intentar guiarlos en las ideas relacionadas a estos aspectos (21).

El psiquiatra puede utilizar apoyo farmacológico, que dependerá del tipo de TCA diagnosticado:

a. Trastorno por atracones: tres clases de medicamentos se han usado para tratarlo, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como sertralina, fluoxetina y citalopram, entre otros) (22),

TABLA 4. CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA BULIMIA NERVIOSA SEGÚN DSM-V

A.- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- 1.- Comer durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, en un intervalo de 2 horas), una cantidad de comida que es considerada definitivamente más abundante de lo que cualquier persona comería en un periodo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- Una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sentir que no se puede parar de comer o que no hay control sobre la cantidad consumida).

B.- Conducta compensatoria inadecuada recurrente para evitar aumento de peso, como inducción de vómitos, uso de laxantes, enemas, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.

C.- El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana por 3 meses.

D.- La autoevaluación es indebidamente influida por la forma corporal y el peso.

E.- El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de una anorexia nerviosa.

Fuente: www.dsm5.org

medicamentos para bajar de peso (uno de ellos y bastante utilizado hasta el año 2010, la sibutramina, hoy fuera de uso por efectos adversos en la esfera cardiovascular) y antiepilépticos (topiramato, zonisamida). Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina se han asociado a disminución significativa en la frecuencia de los atracones y aumento en las tasas de remisión de los episodios.

b. Bulimia nerviosa: los antidepresivos tienen una importante tasa de éxito en cuanto a disminución de síntomas, pero lo ideal es asociarlos a tratamiento psicológico. La fluoxetina (23) es el antidepresivo que se usa como tratamiento de primera línea en el manejo inicial de la bulimia nerviosa. También se indica en la etapa de mantención de tratamiento, tras una respuesta favorable en la fase aguda, permitiendo una mejor evolución y disminución del riesgo de recaídas.

c. Síndrome del comedor nocturno: nuevamente un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, la sertralina, muestra mejoría en síntomas y calidad de vida, con el estudio más contundente (24). En este síndrome la investigación en el área farmacológica todavía está en curso y se necesitan más estudios casos/control.

En este último trastorno, junto a la terapia cognitiva conductual y terapia conductual dialéctica, también se han evaluado dos nuevas terapias: el uso de fototerapia (25) y la relajación muscular progresiva (26). La primera corresponde a la utilización de luz, del tipo blanca, brillante y de una emisión luminosa de 10.000 lux, que se utiliza en base a la observación de los cambios de ánimo que se producen en forma estacional en pacientes con depresión y que se relacionan a los niveles de melatonina, que está involucrada en la regulación de los ritmos circadianos. El uso de fototerapia supone que la utilización de luz de cierta intensidad aumentaría los niveles de melatonina, llevando a una mejoría de los síntomas del síndrome de comedor nocturno, alternativa lógica basada en la alteración del ciclo ingesta/sueño de este síndrome. La segunda terapia, la relajación muscular progresiva, corresponde a una técnica diseñada para lograr la relajación muscular a través de la tensión y relajación de varios grupos musculares. Además, ayuda a controlar el estrés físico y psicológico, ansiedad, fatiga, rabia y depresión. En estudios, por ahora con un número reducido de pacientes, se ha demostrado una reducción significativa de la ingesta vespertina y un aumento de apetito en horas de la mañana. En todo caso, se necesitan investigaciones con mayor número de participantes y duración.

Por último, hay aspectos que interesan de forma especial al tratante del paciente obeso con un TCA que presenta atracones, al comenzar un plan de alimentación reducido en calorías, dentro de un cambio de estilo de vida. Uno de ellos es determinar si la restricción puede perjudicar la evolución de los atracones. En esta situación se ha observado que los pacientes con atracones pueden adherir a una dieta o plan hipocalórico en forma similar a aquellos sin atracones, y en promedio mejoran este síntoma en los tratamientos, aunque podrían presentar ciertas dificultades en cuanto a frecuencia de recaídas o adaptación a planes de mantención tras la baja. Muy importante en este punto es el apoyo y la estructura del programa multidisciplinario. Por otro lado, la influencia de la presencia de atracones

sobre la baja de peso en pacientes obesos en tratamiento, ha sido difícil de determinar en el curso de varios años, pues los resultados han sido muchas veces contradictorios. Algunos concluyen que la pérdida de peso no es significativa en la presencia de atracones; en otros, la existencia de estos episodios no influiría en los resultados. Con respecto a esta situación, las intervenciones nutricionales con dietas hipocalóricas muestran resultados a corto plazo con baja de peso y sin presentar agravamiento de los atracones, pero los resultados más a largo plazo (un año), como es similar en pacientes obesos -tengan o no atracones-, es a una tendencia a la reganancia del peso perdido. Por lo tanto, se puede demostrar una eficacia en la reducción de atracones, pero no así en la baja de peso, que puede ser dispar. De esta forma, el control del trastorno por atracones no va emparejado automáticamente de una baja de peso (27), pero la idea de intentar controlar los episodios, disminuirlos o eliminarlos, se asocia a mayores bajas de peso en tratamientos del tipo multidisciplinario (28, 29).

Otro aspecto interesante es evaluar la experiencia de los pacientes bariátricos, sometidos a cirugías para bajar de peso. En general se ha determinado que no hay impacto significativo en la baja de peso post quirúrgica entre los pacientes, presenten o no trastorno por atracones previos a la cirugía. Un factor que podría predecir el éxito en cuanto a reducción de peso, es la presencia de atracones en el periodo post cirugía (30), independiente de que existieran en forma preoperatoria. Es necesario destacar que en pacientes que han sido sometidos a cirugía, los episodios subjetivos, no son de gran volumen por la naturaleza restrictiva de la cirugía. Más bien se describe una sensación de pérdida de control en cuanto a velocidad (comer mucho más rápido que lo normal) o plenitud (comer hasta sentirse extremadamente saciado) y con síntomas en la esfera del ánimo (malestar luego da haber comido por sensación de pérdida de control). En una revisión de la literatura, Wonderlich y colaboradores concluyen que la presencia de trastorno por atracones tiene solo un discreto efecto sobre la evolución de distintos tratamientos de baja de peso, incluida la cirugía (31).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.4th edition. American Psychiatric Association; Washington, DC: Author; 1994.
2. Treasure J, Claudino A, Zucker N. Eating Disorders. *Lancet* 2011; 375: 583-593.
3. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1284.
4. Hsu LK. Epidemiology of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19:681-700
5. Mehler P S. Bulimia nervosa. *N Engl J Med.* 2003; 349(9):875-881.
6. Larrañaga A, García-Mayor RV. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp.* 2009; 24(6):661-666.
7. Ricca V, Manucci E, Mezzani B, Di Bernardo M, Zucchi T, Paionni A. Psychopathological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified. *Eat Weight Disord* 2001; 6(3):157-65.
8. Keel P. Purging disorder: Subthreshold variant or full-threshold eating disorder?. *Int J Eat Disord* 2007; 40 suppl:89-94.
9. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord.* 1993 Mar; 13(2):137-53.
10. de Zwaan M, Mitchell JE, Raymond NC, Spitzer RL. Binge eating disorder: clinical features and treatment of a new diagnosis *Harv Rev Psychiatry.* 1994 Mar-Apr; 1(6):310-25.
11. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord.* 2003; 34 Suppl:S2-18.
12. Stunkard AJ. Eating Disorders an obesity a Comprehensive handbook. 2nd ed. New York: Guilford press; 2002
13. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord.* 1997 Jul; 22(1):65-9.
14. Birketvedt GS, Florholmen JR, Sundsfjord J, et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA.* 1999; 282(7):657-663.

15. Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J obes* 2007;31:1722-1730.
16. Wilson GT, Sysko Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *Intl J Eat Dis*. 2009 Nov; 42.(7):603-610.
17. Van Hoeken D, Veling W, Sinke S, et al.: The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*.2009; 42:595-602.
18. Cooper Z, Fairburn CG. Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2003;34 Suppl:S89-95.
19. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry*. 2011 Jan;198(1):8-10.
20. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF. Binge eating disorder: a review. *Int J ObesRelatMetabDisord*. 2002 Mar;26(3):299-307.
21. Wonderlich S, de Zwaan M, Mitchell J, Peterson C, Crow S. Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *Int J Eat Disord*.2003; 34; S58-S73.
22. Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity* 2008 16; 2024–2028.
23. Goldstein DJ, Wilson MG, Thomson VL, Potvin JH, et al. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166, 660–666.
24. O'Reardon JP, Allison KC, Martino NS, Lundgren JD, et al. A randomized, placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of night eating syndrome. *American Journal of Psychiatry* 2006;163, 893–898.
25. Friedman S, Even C, Dardennes R, et al. Light therapy, obesity, and night-eatingsyndrome. *Am J Psychiatry* 2002;159:875–6.
26. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Disord* 2007;21:243–64.
27. de Zwaan M, Friederich HC. Binge eating disorder. *Ther Umsch*. 2006 Aug;63(8):529-33.
28. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, et al. A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*.2002;59:713-21.
29. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group therapy for binge eating disorder. *Obes Res* 2005;13:1077-88.
30. White MA, Kalarchian MA, Masheb RM, et al. Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery patients: a prospective, 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:175–84.
31. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:687–705.

La autora declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.