

Nuevos desórdenes en el comportamiento alimentario

El trastorno por atracón

■ ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA • Doctora en Farmacia. Diplomada en Nutrición.
Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.

A los trastornos de la conducta alimentaria ya conocidos, anorexia y bulimia, hay que sumar uno nuevo: el trastorno por atracones de comida. El tratamiento pasa por la psicoterapia y los fármacos antidepresivos, sin embargo, debido a que se trata de un trastorno considerado recientemente como un síndrome psiquiátrico definido, la experiencia específica en este tipo de pacientes es escasa.

«**A** veces todo empieza al pensar en la comida que me prohíbo comer cuando estoy haciendo dieta. Otras veces como compulsivamente cuando me siento sola, deprimida o nerviosa. Me llego a sentir muy tensa y vacía. Intento superar el impulso de comer pero éste se vuelve cada vez más fuerte. La única forma que conozco para liberarme de estos sentimientos es comiendo compulsivamente. Ello me permite enmascarar los sentimientos de amargura y borrar cualquier problema que me esté ago-



biando. Lo malo es que esa sensación pronto es reemplazada por la de sentirme agobiada, culpable y enojada conmigo misma.» María (paciente).

BINGE EATING DISORDER

El trastorno por atracón, conocido en la literatura anglófona como *binge eating disorder*, es una alteración de la conducta alimentaria caracterizada por atracones recurrentes, que no van seguidos de comportamientos compensatorios antiobesidad de ningún tipo (purga, ejercicio excesivo, ayuno). Es precisamente la ausencia de tales comportamientos la que distingue esta patología de la bulimia nerviosa.

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere de forma incontrolada grandes cantidades de comida, generalmente en menos de 2 horas, pudiéndose llegar a tomar en estos atracones hasta 20.000 calorías.

Los criterios diagnósticos según la cuarta edición del *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Desórdenes Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV en sus siglas inglesas) son los siguientes:

- *Episodios recurrentes de atracones.* Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes: ingestión, en un corto período de tiempo (por ejemplo, 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares y sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (por ejemplo, sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

- *Episodios de atracón asociados a síntomas definidos.* En concreto, debe tratarse de episodios a los que puedan asociarse tres o más de los siguientes síntomas: ingerir a una velocidad muy superior a la normal; comer hasta sentirse desagradablemente lleno; ingerir grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre; comer a solas para esconder la propia voracidad, y sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después del atracón.

- *Profundo malestar al recordar los atracones.*

- *Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.*

- *El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas* (purga, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.



ETIOPATOGENIA Y EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno por atracón aparece en un 30% de las mujeres obesas que están inmersas en programas para perder peso, y en un 2-5% de la población general.

Respecto a la distribución por sexos, está ampliamente demostrado que, al igual que ocurre con otras alteraciones del comportamiento alimentario (por ejemplo, la anorexia y la bulimia), predomina en mujeres (proporción 1,5/1).

En el trastorno por atracón, esta alteración de la conducta alimentaria puede darse en muy diversos grupos poblacionales, que van desde adolescentes y jóvenes, hasta mujeres menopáusicas.

En general, este anómalo comportamiento alimentario suele darse en personas que están haciendo dietas restrictivas, habiéndose comprobado que a mayor restricción alimentaria, mayor probabilidad de descontrol y desorden con la comida.

En este sentido, el trastorno por atracón se ha asociado a una mayor vulnerabilidad frente a la obesidad y frente al riesgo de trastorno psiquiátrico en general. Así, en estos pacientes suele encontrarse: más experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, predisposición a la obesidad con más obesidad en la infancia, exposición repetida a comentarios negativos sobre su figura (o peso) y comida, personalidad perfeccionista y una autoevaluación negativa que podría influir en su conducta alimentaria.

SINTOMATOLOGÍA

Los enfermos que padecen trastorno por atracón manifiestan que suelen encontrarse comiendo compulsivamente a partir de sentimientos desagradables. Así, sentirse deprimido es un poderoso estímulo; otros desencadenantes emocionales pueden ser la

ansiedad, el enojo, la soledad, el aburrimiento, la irritabilidad o la desesperación.

También existen otros casos en los que mediante la conducta alimentaria del atracón, el enfermo intenta inconscientemente poner una separación entre él y los demás («como soy gordo/a, no les gusto a los demás y nadie se me acercará»).

Sin embargo, la mayor parte de estos enfermos suelen ser personas necesitadas de cariño, y al igual que ocurre en la bulimia, el atracón puede ser utilizado como un *autocastigo* por no estar satisfechas consigo mismas. En definitiva, una vez que este patrón alimentario caótico se instala, tiende a perpetuarse y a hacerse crónico.

El resultado de esta situación es un deterioro progresivo de la calidad de vida, ya que los episodios de atracón tienen repercusiones directas sobre la salud física y psíquica, afectando a todas las áreas de la persona: individual, familiar y social.

A nivel físico, y como consecuencia de esta caótica conducta alimentaria, muchos de estos enfermos suelen presentar sobrepeso que, en general, evoluciona a obesidad, problema que a su vez implica mayor riesgo de padecer hipertensión arterial, hiperlipidemias, diabetes, problemas cardíacos y respiratorios, fatiga, problemas osteoarticulares y complicaciones durante el embarazo.

TRATAMIENTO

El tratamiento del trastorno por atracón debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinaria, contando con la ayuda de médicos de atención primaria, psiquiatras, endocrinos, psicólogos, fisioterapeutas, etc. El fármaco puede aportar una valiosa labor de seguimiento farmacoterapéutico.

En el tratamiento de pacientes obesos con trastorno por atracón deben considerarse diversos objetivos terapéuticos, incluyendo la interrupción de los atracones, la mejora del estado de salud general y la reducción del malestar psicológico, y no debiendo olvidar nunca que estos pacientes presentan más trastornos psiquiátricos y mayor malestar por su peso e imagen corporal que los obesos que no padecen esta alteración del comportamiento alimentario.

Los dos pilares básicos en el tratamiento del trastorno por atracón son la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

La psicoterapia permite al enfermo hacer frente a sus problemas de baja autoestima y de interacción con los



demás, concienciándolo al mismo tiempo de las consecuencias que tiene una errónea conducta alimentaria y ayudándole a adquirir unos conocimientos nutricionales básicos. Es especialmente importante tratar cualquier conflicto personal concreto, a fin de que el tratamiento tenga éxito.

La terapia farmacológica se basa en el empleo de fármacos antidepresivos, en concreto, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En este grupo, fármacos como la fluoxetina y la fluvoxamina han sido ampliamente estudiados, habiéndose comprobado su utilidad para combatir este trastorno.

Otros medicamentos menos estudiados pero con efectos terapéuticos prometedores incluyen fármacos tan dispares como la naltrexona y la naloxona (antagonistas de los receptores opiáceos), la sibutramina (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y el topiramato (antiepiléptico que actúa sobre las vías del ácido gammaaminobutírico). □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Appolinario J, Bacaltchuk J, Sicheri R. Estudio seleccionado al azar, doble ciego, placebo controlado de la sibutramina en el tratamiento del trastorno por atracón. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(11):1109-16.
- Devlin M, Goldfein J, Dobrow I. El estado actual del trastorno por atracones de comida. *International Journal of Eating Disorders* 2003;34(1):2-18.
- Guisado J, Vaz F. Aspectos clínicos del trastorno por atracón o binge eating disorder. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2001;21(77):27-32.
- McElroy SL. Topiramato en el tratamiento del trastorno por atracón asociado a obesidad. *American of Journal Psychiatry* 2003;160:255-61.
- McElroy S, Hudson J, Malhotra S, Welge J, Nelson E, Keck P. El citalopram reduce la frecuencia de los atracones en sujetos con trastorno por atracones de comida. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(7):807-13.
- Sánchez-Planell L, Fernandez-Valdés R. Trastorno por atracón y obesidad. *Formación Continuada en Nutrición y obesidad* 2002;5(6):314-24.
- Van Hanswijck de Jorge P, Van Furth E, Lacey J, Waller G. El predominio de la personalidad patológica DSM-IV entre individuos con bulimia nerviosa, trastorno alimentario por atracón y obesidad. *Physiological Medicine* 2003;33(7):1311-7.