

Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón

Comments on clinical and epidemiological aspects of binge eating disorder

José Hernández Rodríguez,^I Loraine Ledón Llanes^{II}

^ICentro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba.

^{II}Instituto de Neurología y Neurocirugía. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Antecedentes: el trastorno por atracón frecuentemente se asocia con enfermedades psiquiátricas asociadas, dentro de las cuales se encuentra la obesidad y sus consecuencias.

Objetivo: describir aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón, en particular, su prevalencia, sus factores de riesgo, etiología, elementos desencadenantes, diagnóstico y sus consecuencias.

Método: se utilizó como buscador de información científica a Google Académico. Se utilizaron como palabras clave: trastorno por atracón, trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Fueron evaluados artículos de revisión, de investigación, y distintas páginas web, que en general, tenían menos de 10 años de publicados, en idioma español, portugués o inglés. Esto permitió el estudio de 70 artículos, de los cuales 45 fueron referenciados.

Conclusión: la prevalencia del trastorno por atracón es variable y en relación con la muestra estudiada. Los factores de riesgo causales son multifactoriales, y resultan de la compleja interacción de factores psicológicos, físicos y socioculturales que interfieren en el comportamiento del individuo, que dificultan la comprensión de su etiología, en la que intervienen varios elementos, y puede ser desencadenado por diferentes situaciones de la vida cotidiana.

Su diagnóstico se realiza aplicando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, Edición 5. Como consecuencia pueden aparecer obesidad, estados de culpa, tristeza, auto-rechazo, problemas al relacionarse con el entorno, dificultades laborales, e incluso, autolesiones e ideación suicida.

Palabras clave: trastorno por atracón; trastornos de la conducta alimentaria; obesidad.

ABSTRACT

Background: binge eating disorder is frequently related with associated psychiatric illnesses, among which obesity and its consequences are.

Objective: to describe clinical and epidemiological aspects of binge eating disorder, in particular its prevalence, risk factors, etiology, triggers, diagnosis and its consequences.

Method: Google Scholar was used as a scientific information search engine. The following were used as key words: binge eating disorder, eating disorders and obesity. Review articles, research articles and different web pages were evaluated, which in general were less than 10 years old and in Spanish, Portuguese or English languages. This allowed the study of 70 articles, of which 45 were referenced.

Conclusions: the prevalence of binge eating disorder is variable and in relation to the sample studied. The causal risk factors are multifactorial, and result from the complex interaction of psychological, physical and sociocultural factors that interfere in the behavior of the individual, which hinder the understanding of their etiology, in which several elements intervene, and can be triggered by different situations of daily life. Its diagnosis is made applying the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses, Edition 5. As a consequence, obesity, guilt, sadness, self-rejection, problems relating to the environment, labor difficulties, and even self-injury and suicidal ideation may appear.

Keywords: binge eating disorder; eating behavior's disorder; obesity.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen una enfermedad mental seria, en la que aspectos psicoafectivos, como las emociones y las cogniciones, motivan en la persona la adopción de hábitos alimentarios dañinos, como atracarse o pasar hambre. La anorexia nerviosa (AN), la bulimia (BL) y el trastorno por atracón (TPA), comprendidos dentro de los TCA, implican patrones de alimentación no saludables que empiezan de manera gradual y llegan a un punto en el que la persona no logra controlarlos.^{1,2} La prevalencia global de los TCA puede llegar a ser muy variable en relación con la muestra estudiada.³⁻⁶

No es hasta mayo de 2013, que se reconoce específicamente al TPA como el tercer trastorno del comportamiento alimentario, junto a la AN y a la BL,⁷ y según *Benjet* y otros, en un estudio realizado, señalan al TPA como el más frecuente de estos trastornos (la AN, BL y el TPA se estimaron en 0,5, 1,0 y 1,4 % respectivamente).⁸ En el TPA, la persona afectada se caracteriza por comer frecuentemente grandes cantidades de comida, más allá del punto en el que tienen sensación de plenitud, y a la vez, pierden el control sobre su forma de comer.

Las personas que padecen de TPA se alimentan de forma compulsiva con una frecuencia de más de 3 veces por semana durante 6 meses o más, a pesar de que existen otros criterios referidos a la frecuencia, lo que resulta en un aumento de peso. Las personas con este trastorno no intentan "compensar" el exceso de alimentación con el vómito, ayuno y/o ejercicios compulsivos, abuso de laxantes, diuréticos, u otros medicamentos adelgazantes, lo que las diferencia de la BL.^{1,2,9,10} En estos casos el alimento es usado como una vía para paliar emociones y sentimientos negativos, poco agradables, en personas con dificultades para lograr un afrontamiento emocional saludable. En este contexto la ingesta de alimentos les resulta reconfortante y calmante, posterior a lo cual sienten tristeza y culpa por no poder controlar su forma de comer. Como consecuencia aumenta el estrés y se perpetúa el ciclo.^{1,2,9,10}

Las primeras expresiones de estos trastornos, y durante prolongado tiempo, se dan en los contextos de vida habituales de las personas como la familia, los desempeños, la pareja y las relaciones sociales. Esto genera diversas dificultades en sus dinámicas, profundizada por la creencia (del paciente y de las personas a su alrededor) de que no constituye un problema de salud. Resulta importante que los proveedores de la salud, en especial de aquellos insertos en los servicios de atención primaria, conozcan los elementos básicos de este trastorno, que, sin lugar a dudas, afecta la calidad de vida de los pacientes, al asociarse frecuentemente con una elevada presencia de enfermedades asociadas psiquiátricas y médicas, entre ellas, la obesidad (Ob) y sus consecuencias.

Por tal razón, en el presente trabajo se plantea como objetivo describir aspectos clínicos y epidemiológicos del TPA, en particular, su prevalencia, sus factores de riesgo, etiología, elementos desencadenantes, diagnóstico y consecuencias.

MÉTODOS

Se utilizó como buscador de información científica a Google Académico. Se utilizaron como palabras clave: trastorno por atracón, trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Fueron evaluados artículos de revisión, de investigación, y distintas páginas web, que en general, tenían menos de 10 años de publicados, en idioma español, portugués o inglés, que dieran, por su importancia, respuesta al objetivo propuesto. Esto permitió el estudio de 70 artículos, de los cuales 45 fueron referenciados.

DESARROLLO

Es frecuente la ocurrencia de enfermedades de origen biopsicosocial, en especial, los trastornos alimentarios, que involucran a diferentes sistemas del organismo, los aspectos inherentes a la persona y sus relaciones sociales.

El TPA, reconocido como un TCA y de la ingestión de alimentos, tiene una importancia particular, al ser considerado el más frecuente en población obesa, e incrementa su presencia rápidamente frente al resto de los TCA en la población general. Su crecimiento de forma alarmante y por delante de la BL y la AN, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia en los comienzos del siglo XXI.¹¹

Contexto histórico del TPA

Los TCA no son un hecho nuevo. Sin que hayan sido una constante durante la historia, constituyen el sobrepeso y los atracones un símbolo de ostentación y poder.¹² Según *Sánchez*,¹³ en 1959, *Albert Stunkard* fue el precursor del TPA, al describir el "síndrome de alimentación nocturna", observado en pacientes obesos que ingerían grandes cantidades de alimento principalmente por la noche. Años más tarde, este investigador, en 1980, hace mención por primera vez al término BL, e incluye en ella el término atracón, sin diferenciar a los individuos que presentan tras los atracones conductas purgativas, o a los que solo presentan atracones.

En 1987, durante la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, Edición 3 (DSM-3, por sus siglas en inglés), se modificó el término de BL y se sustituyó por el de BL nerviosa. En este caso quedaban excluidos los individuos que no usaran las conductas compensatorias para evitar el aumento de peso.

Según *Boluda*,¹² citando criterios de la *American Psychiatric Association* de 1994, dentro del DSM-4 se dividió la BL nerviosa en 2 grupos: pacientes con conductas compensatorias purgativas y pacientes con conductas compensatorias no purgativas (realización de ejercicio físico excesivo). Al TPA lo referencian por primera vez y lo incluyen en un apartado diferente de la BL nerviosa, concretamente dentro del grupo de los TCA no especificados.

En el año 2010 este síndrome estuvo en estudio para determinar la manera en la que iba a ser considerado en el próximo DSM-5. El 18 de mayo de 2013 salió la primera versión inglesa del DSM-5, en el que ya se reconoció el TPA como una enfermedad mental dentro de los TCA.

Algunos elementos sobre la prevalencia del TPA

El TPA afecta a aproximadamente del 2 al 5 % de la población general, es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y se estima que aproximadamente el 30 % de las personas que participan en programas de control de peso, lo padecen.⁹ En un reporte reciente de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que utiliza los criterios propuestos en el apéndice del DSM-5 (lista de trastornos, subtipos, especificadores y códigos de diagnósticos), se estima que 1,6% de los adultos mexicanos ha cumplido criterios para el TPA alguna vez en su vida.¹⁴

Benjet y otros⁸ estimaron la prevalencia del TPA en la población general de adolescentes del Distrito Federal de Ciudad de México, y encontraron que el 1,4 % padecía de este trastorno, el cual se presentó de forma más frecuente en mujeres. El grado de enfermedades psiquiátricas asociadas "alguna vez en la vida" para el TPA, fue de 86,8 % (trastornos de ansiedad, de ánimo y trastornos impulsivos). El intento de suicidio se presentó en el TPA en 20,2 % de los pacientes estudiados; sin embargo, al compararlo con un grupo control de personas que no presentaban un trastorno alimentario, se constató que este aspecto se observó solo en 3,0 %.

Es llamativo que solo 13,7 % del grupo de los adolescentes con TPA, había recibido tratamiento de salud mental para esta entidad en los últimos 12 meses, lo que habla a favor de la subestimación que realiza la comunidad médica y la familia, a la hora de afrontar este problema de salud.

En una investigación realizada en Colombia, en la que participaron 497 jóvenes de ambos sexos (371 mujeres), todos adultos jóvenes universitarios, de una edad entre 18 y 28 años, se evaluó la prevalencia del TPA. Esta fue de 3,20 %, y los factores asociados fueron: insatisfacción de la imagen corporal, disfunción familiar y síntomas depresivos, y se asoció significativamente con la Ob global y la Ob central.¹⁵

En una muestra de 70 niños y adolescentes obesos, con edades comprendidas entre los 9 y los 16 años, provenientes de la unidad de Pediatría del Hospital General de Valencia, en España, se evaluó la prevalencia del TPA. Se observó que el 6 % de la muestra clínica presentaba este trastorno, y 14 % manifestaba formas subclínicas de dicho diagnóstico.¹⁶

Morales y otros¹⁷ investigaron la prevalencia del TPA en adolescentes de una institución de educación media de Barquisimeto (Venezuela), entre septiembre de 2013 y febrero de 2014. La muestra de estudio estuvo compuesta por 500 jóvenes, de entre 11 y 18 años de edad, de ambos sexos (252 eran hombres), y se observó que la prevalencia del TPA fue de 7,80 %. *Castro* y otros,¹⁸ realizaron un estudio descriptivo transversal en 158 pacientes de 23 a 64 años (125 mujeres y 33 hombres), que asistieron durante abril-mayo de 2012 a la Consulta Grupal para Pacientes con Enfermedades Crónicas (hipertensión arterial y diabetes), del área de salud de Coronado, Costa Rica, y en este grupo de pacientes se observó una prevalencia de manifestaciones asociadas al TPA de 33,5 %, el 48,2 % presentó episodios de sobre alimentación, mientras el 19,2 % todas las manifestaciones del TPA, lo cual se asoció a un mayor distrés y preocupación por el peso y la figura.

La prevalencia del TPA en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica-*bypass* gástrico varía ampliamente de un artículo a otro. En el caso del TPA "clínico", se han publicado cifras del 17 y 48 % en estudios con cuestionarios, y entre 4-47 % con entrevistas. El TPA "subclínico" se detecta en el 22 y 48 % al usar cuestionarios, y entre el 14-52 % al emplear entrevistas.¹⁹

Como se puede apreciar, las prevalencias encontradas presentan una amplia variación, lo cual se relaciona, en este caso, con las muestras con las que se ha trabajado, lo que coincide por lo planteado por *Allison* y otros,¹⁹ quienes opinan que el amplio rango de las tasas de prevalencia observadas entre publicaciones, se relaciona con los métodos de valoración, métodos de reclutamiento y tamaños de muestras, entre otros factores.

Factores de riesgo causales de los TCA y en particular de los TPA

Se conoce que, los factores de riesgo causales de los TCA, entre ellos los del TPA, son multifactoriales. Estos trastornos resultan de la compleja interacción de factores psicológicos, físicos y socioculturales que interfieren en el comportamiento del individuo, que dificultan la comprensión de su etiología.²⁰ El TPA parece estar asociado con la presencia de factores de riesgo para desórdenes psiquiátricos y para la Ob. La mayoría de los identificados, al comparar a los sujetos que padecen de TPA con sujetos de un grupo control, son: experiencias adversas en la niñez, padres con cuadros de depresión, vulnerabilidad para desarrollar Ob, repetida exposición a comentarios negativos sobre la forma, el peso y la comida.²¹

Algunas variables emocionales pueden ser consideradas como factores de riesgo de los TCA. Entre ellas se pueden mencionar: la ansiedad, la dificultad para identificar y expresar las emociones, la baja autoestima, la actitud negativa hacia la expresión emocional, la percepción negativa de las emociones, la influencia de la alimentación, el peso y la figura corporal en el estado de ánimo, la necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones.²²

En un estudio realizado por *López y otros*²³ se evaluó el nivel de predicción de conductas y actitudes alimentarias, afecto negativo, imagen corporal e indicadores antropométricos, sobre el atracón alimentario. La muestra estuvo constituida por 81 mujeres, con un promedio de edad de 20,88 (DE= 6,67). Se tomaron medidas antropométricas y se realizaron varios cuestionarios de utilidad para el diagnóstico del TPA. Los resultados señalan que el índice de masa corporal (IMC), los sentimientos negativos posteriores al atracón, la fluctuación del peso, la susceptibilidad al hambre, la sintomatología de depresión y la insatisfacción corporal, fueron predictores del TPA.

Según un estudio de *Morales y otros*¹⁷ los factores de riesgo para el desarrollo del TPA serían: sexo masculino, edad > 14 años, insatisfacción con la imagen corporal, disfunción familiar, sintomatología depresiva y estrés percibido. El TPA resultó ser un factor de riesgo para la Ob global y central. La prevalencia del TPA en este estudio fue mayor a la encontrada internacionalmente para la población general, y consideran los autores que se identificaron importantes factores de riesgo psicosociales que deben ser considerados al aplicar estrategias de prevención y control. Esto nos da la posibilidad de predecir, en muchos casos, qué paciente potencialmente puede desarrollar un TPA, situación que debe ser aprovechada por el equipo de atención primaria a cargo del paciente, para dar el apoyo necesario y evitar males mayores.

La publicidad podría ejercer una influencia de riesgo en la población vulnerable a comer emocionalmente y padecer un TPA. La prevención mediante psicoeducación emocional sería esencial en estas personas. La estructuración de unas normas de rigor profesional dirigidas a evaluar el contenido de los anuncios antes de lanzar estos a los medios de comunicación, evitaría el impacto perjudicial para la salud de estos.²⁴

TCA y su etiología

*Portela y otros*¹¹ sugieren que los efectos genéticos sobre los TCA, entre ellos los TPA, presentan un expresivo crecimiento de la estimación de la heredabilidad, siguiendo la trayectoria del proceso de maduración sexual. La nueva estructura corporal, sobre todo en aquellas personas con Ob y/o pubertad temprana, las expone a la presión social por ser delgadas, lo que contribuye a una menor satisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y depresión. Estas personas

pueden iniciar un proceso de comparación social, y la utilización de estrategias inapropiadas para la pérdida de peso y la posible aparición de TCA. El papel de la familia adquiere especial relevancia en estos casos, ya que representa el núcleo primario en el cual se transmiten normas, roles, costumbres y hábitos que influyen en estilos de vida, y más aún en los estilos y actitudes alimentarias.²⁵

Además en su etiología, también participan factores biológicos y/o endocrinológicos, socioculturales, de índole personal y familiar asociados a estos.²⁶ No obstante, *Velasco*,²⁷ citando a *De Irala* y otros (2004), refiere que el paradigma epidemiológico de causalidad plantea que cada uno de estos factores constituirán causas componentes, aunque no suficientes, para desarrollar la enfermedad por sí sola, y sería la combinación de varios de ellos, lo que daría lugar al desarrollo y mantenimiento de un trastorno alimentario.

El TPA suele generar estados de culpa, remordimientos, tristeza, auto-rechazo, problemas al relacionarse con familiares, amigos, pareja, dificultades laborales, e incluso, puede llegar a generar autolesiones e ideación suicida.⁹ Algunos investigadores son de la opinión que como trasfondo del TPA, existen las diferentes situaciones a tener en consideración, entre ellas:⁹

- En estas personas el atracón consigue aliviar un estado inespecífico de tensión, es decir, a través de esta conducta alimentaria el paciente mitiga el estrés, la ansiedad y/o depresión.
- Se evade (anestesia) estados emocionales como la rabia, la tristeza, la frustración y el miedo.
- Se produce como una forma de auto-castigo o, por el contrario, de recompensa o premio.
- Se pone separación o límites frente a los demás ("como estoy gordo/a me aísló y no me relaciono").
- Pueden existir problemas inherentes a la sexualidad o miedo a la sexualidad.

Desde esta perspectiva, el TPA constituye también un resultado del uso de estilos de afrontamiento no saludables y que conducen a conductas maladaptativas. Los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas, que desbordan los recursos del individuo, no son sinónimo de éxito adaptativo o de dominio del entorno. Dentro de los estilos de afrontamiento que se describen (el afrontamiento dirigido al problema, el afrontamiento dirigido a la emoción, y el afrontamiento cognitivo),^{28,29} el afrontamiento predominantemente centrado en el manejo emocional, tiende a relacionarse con peores resultados y efectos en términos de estabilidad psicológica y calidad de vida, a diferencia, por ejemplo, de las estrategias centradas en las habilidades sociales.

Elementos desencadenantes del TPA

El episodio de atracón puede ser desencadenado por diferentes situaciones de la vida cotidiana, como:⁹

- Sentimientos desagradables (soledad, aburrimiento, pena e irritabilidad).
- Sentirse "gordo" se asocia a un estado de ánimo desagradable, común entre las personas que están preocupadas por su figura.
- Aumentar de peso: en aquellas personas preocupadas por su figura corporal, al percibir la más mínima variación, se puede precipitar una reacción negativa, generándose un abandono de los intentos de controlar la ingesta y comer de forma compulsiva.

- La dieta y el hambre asociado a ella: las personas que sufren de ingesta compulsiva suelen comer muy poco fuera de los episodios de atracones. La privación de alimentos genera una presión psicológica y fisiológica hacia la ingesta, y una vez que ésta se inicia, es difícil detenerla.
- Romper cualquier aspecto de la dieta impuesta puede desencadenar una ingesta compulsiva.
- Falta de estructuración del tiempo: la falta de ocupaciones o el aburrimiento puede desencadenar una ingesta compulsiva.

Factores asociados a la severidad del atracón

Entre los factores asociados a la severidad del atracón se describen algunos aspectos de interés, los cuales se comentan brevemente:^{23,30,31}

- La dieta restrictiva, aunque no es clara la contribución de este factor en el origen y mantenimiento del atracón alimentario. La alimentación normal ocurre dentro de los límites fisiológicos de hambre y saciedad; cuando existe una dieta restrictiva, las personas regulan su alimentación por motivaciones psicológicas; por lo tanto, se imponen una cuota para su consumo de alimento, de tal manera que cuando transgreden estos límites, tienden a la desinhibición de la ingesta de alimentos y se produce el atracón.
- Las fluctuaciones de peso y los intentos de reducción de peso son predictores de atracón alimentario en pacientes TPA que presentan un IMC mayor a 35 kg/m².
- La pobre percepción de la imagen corporal, específicamente con los sentimientos de vergüenza sobre sí mismos y una elevada preocupación por los comentarios negativos en público acerca de su figura corporal.
- La percepción del individuo acerca de los eventos estresantes se debe de considerar con detenimiento. Lo anterior sugiere, que las personas con atracón alimentario experimentan el mismo número de eventos estresantes que los sujetos sin trastorno alimentario, pero la manera en cómo se perciben dichos eventos parece hacer la diferencia.
- El afecto negativo (ansiedad, depresión y neuroticismo), pueden desencadenar también un atracón alimentario.
- Las diferencias culturales, según grupos étnicos, puede tener una influencia en las forma de manifestar las alteraciones propias del TPA.

Consecuencias del TPA

Este trastorno suele generar estados de culpa, remordimientos, tristeza, autorechazo, problemas al relacionarse con familiares, amigos, pareja, dificultades laborales, e incluso, puede llegar a generar autolesiones e ideación suicida.¹⁰ Dichos efectos pueden empeorar los estados psicoemocionales que precipitan la conducta del atracón, y aumentar su recurrencia, y profundizar sus efectos adversos en forma de ciclo cerrado. La prolongación del tiempo de reconocimiento, identificación y solicitud de ayuda especializada, igualmente, empeora la expresión y evolución del TPA.

Como este trastorno no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio,³² como sucede en la bulimia²⁵ que potencialmente evita aumentar de peso, el sobrepeso corporal o la Ob es una de las consecuencias que evolutivamente aparece en estos casos, lo que aporta importantes y desfavorables implicaciones clínicas para el paciente, pues promueve una disminución de la salud, de la calidad de vida y peores resultados en los tratamientos de pérdida de peso,³³⁻³⁵ aunque no todas las personas con malnutrición por exceso presentan TPA.³⁶

Debido a que el TPA muestra niveles similares de discapacidad, enfermedades asociadas y conducta suicida que los otros TCA, los hallazgos muestran claramente una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento, lo que demuestra la importancia de una mayor prevención de las conductas alimentarias de riesgo, y la detección temprana de grupos vulnerables (por ejemplo niños/as que hayan sufrido alguna adversidad como el maltrato físico o el abuso sexual),⁸ y con los cuales se debe trabajar en pos de impedir el desarrollo del TPA.

Diagnóstico del TPA

El TPA se caracteriza por episodios de descontrol alimentario, en los que el sujeto ingiere una cantidad importante de calorías con una sensación de pérdida del control, sin realizar posteriormente ninguna conducta compensatoria. La falta de control en el episodio de atracón es, quizá, la característica singular de este trastorno alimentario, así como la ausencia, en muchos casos, de un periodo previo restrictivo, lo cual le aleja de lo que suele aparecer en AN y BL nerviosa.^{11,37,38} La comprobación corporal es una característica clínica del TPA; esto implica cualquier conducta dirigida a obtener información acerca de las medidas o del peso del propio cuerpo.³⁹

Los elementos para el diagnóstico del TPA, se encuentran bien definidos en los criterios del DSM-5,³² los cuales aparecen en el cuadro. A su vez, estos criterios son compartidos por otros autores^{9,10,32,40} estudiosos de este importante tema. Al parecer la introducción de los criterios DSM-5 ha aumentado las tasas de prevalencia de los TAC.⁴¹

Para apoyar el diagnóstico clínicamente establecido se pueden aplicar una serie de cuestionarios, entre los que se encuentran:^{29,30,42-44}

- Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R, por sus siglas en inglés), el cual identifica individuos con episodios de atracón recurrente, así como discriminar entre pacientes con TPA y BL nerviosa.
- Examen-cuestionario de desorden alimentario o *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q).
- Escala de Atracón (BES), el que se utiliza para evaluar características cognitivo-conductuales del atracón, entre otros cuestionarios.

Según López y otros,³⁰ citando a *Bas, Bozan & Cigerim* (2008), *Hsu* y otros (2002), *Le Grange, Gorin, Catley & Stone* (2001), el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (*Three Factor Eating Questionnaire*, TFE), ha sido útil para discriminar entre muestras de obesos con y sin atracón alimentario.

También se ha señalado de utilidad, el empleo de otros *test* o cuestionarios, entre ellos,²³ Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40), Cuestionario de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), Inventario de Depresión de Beck (IDB) e Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Cuadro. Criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, Edición 5 (DSM-5) para el diagnóstico del trastorno por atracón (TPA)

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los 2 hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (por ejemplo, de un período cualquiera de 2 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 (por ejemplo, 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 3 (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 3 meses.
E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la BL nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la BL nerviosa o AN.
Especificar si: En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el TPA, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado. En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el TPA, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.
Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional. Leve: 1-3 atracones a la semana. Moderado: 4-7 atracones a la semana. Grave: 8-13 atracones a la semana. Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Según criterio de *Cuadrado* y otros,¹¹ de los instrumentos empleados para evaluar la conducta alimentaria en sujetos con TPA, los de mayor utilidad serían los siguientes: la *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV* (1998), la *Binge Eating Scale* (1982), o el *Three Factor Eating Questionnaire* (1985). Otro instrumento propuesto para evaluar las conductas alimentarias de los adultos, ha sido el Cuestionario de Comportamiento Alimentario Holandés (DEBQ). Los resultados apoyan que el empleo del DEBQ, en particular su versión italiana, sugieren que es un instrumento de medida psicométricamente confiable, válido y útil, para estos casos.⁴⁵

Como se observa, existen diversas técnicas evaluativas, incluidos *test* específicos en el mundo anglosajón, que permiten establecer perfiles y puntos de corte diagnóstico, aunque en su mayoría se realizaron cuando el trastorno no era reconocido como tal, y con criterios diagnósticos diferentes a los actuales, por lo cual se deberían revisar. La mayoría de las técnicas han sido diseñadas para población anglosajona, y existen pocas traducciones y adaptaciones a población hispanohablante.¹¹

En conclusión, los factores de riesgo causales del TPA son multifactoriales, y resultan de la compleja interacción de factores psicológicos, físicos y socioculturales que interfieren en el comportamiento del individuo, y dificultan la comprensión de su etiología, en la que intervienen varios elementos. Su prevalencia es variable en relación con la muestra estudiada. La enfermedad puede ser desencadenada por diferentes fenómenos, y su diagnóstico se realiza aplicando los criterios del DSM-5. El tratamiento está orientado a la prevención primaria, aplicar psicoterapia individual, grupal y familiar, y de ser necesario, se administrará medicación con psicofármacos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de información de salud de la Cleveland. El Trastorno por Atracón [homepage en Internet]; The Cleveland Clinic, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/doc/s12249.pdf>
2. CAT-Barcelona. ¿Qué es el trastorno por atracón? Adicciones y Problemas Psíquicos [homepage en Internet]; Centro de asistencia médica de Barcelona, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-trastorno-por-atracon>
3. Álvarez ML, Bautista I, Serra LI. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2283-8.
4. Smink F, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2014;47(6):610-9.
5. Keski A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 2016;29(6):340-5.
6. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorder*. 2015;3(19):7.

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
8. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Salud Mental. 2012;35(6):483- 90.
9. Centro de Nutrición y Obesidad. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Adulto. Trastorno por Atracón o Binge Eating Disorder (BED). Clínica Las Condes [homepage en Internet]; 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Centros/Centro-de-Nutricion/Trastornos-de-la-conducta-alimentaria/Trastorno-por-Atracon-o-Binge-Eating-Disorder-%28BED.aspx>
10. Centro de Psicología y Psicoterapia. Obesidad y Trastorno por Atracón [homepage en Internet]; Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 2015 [citado 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://psicologiaypsicoterapia.com/obesidad-y-trastorno-por-atracon/>
11. Cuadro E, Baile JI. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. Rev Mex de Trastor Aliment. 2015;6(2):97-107.
12. Boluda A, Pérez L. Proyecto de guía clínica: Prevención del Trastorno por Atracón [tesis de grado curso 2013-2014. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat; 2014.
13. Sánchez L, Fernández R. Trastorno por atracón y obesidad. Form Contin Nutr Obes. 2002;5(6):314-24.
14. Swanson SA, Saito N, Tancredi D, Borges G, Aguilar S, Medina ME, et al. Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. J Psychiatr Res. 2012;46(1):31-7.
15. Morales A, Gómez A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, et al. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2015;44(3):177-82.
16. Cebolla A, Perpiñán C, Lurbeb E, Alvarez J, Botella C. Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. An Pediatr (Barc). 2012;77(2):98-102.
17. Morales A, Gordillo C, Pérez ACJ, Marcano D, Pérez F, Flores H, et al. Factores de riesgo para los trastornos por atracón y su asociación con la obesidad en adolescentes. Gac Med Mex. 2014;150(sup 1):125-31.
18. Castro AL, Ramírez AL. Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. Rev Costarric Salud Pública. 2013;22(1):20-6.
19. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM, et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. Surgobesrelatdis. 2006;2(2):153-8.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
21. Fairburn ChG, Doll HA, Welch SL, Hay PhJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk Factors for Binge Eating Disorder A Community-Based, Case-Control Study. Arch Gen Psychiatry. 1998;55(5):425-32.
22. Jimeno AP, Bilbao IE, Sáez MSC, Odriozola EE. Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2011;11(2):229-47.
23. López X, Mancilla JM, Vazquez R, Ocampo MT, Franco K, Alvarez GL. Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2010;2(1):25-38.
24. Rodríguez R. ¿Es la publicidad un factor de riesgo para el trastorno por atracón o las conductas de comer emocional? Un estudio experimental [homepage en Internet]; Universidad Jaume I de Castellón, 2017 [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/170160/TFM_2017_RodriguezRodenas_Rocio.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. León RC, Aizpuru A. Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. Rev Mex de Trastor Aliment. 2010;1(2):112-8.
26. Ruiz AO, Vázquez R, Mancilla J, López X, Álvarez G, Tena A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. Universitas Psychologica. 2010;9(2):447-55.
27. Velasco B. Trastornos de la Conducta Alimentaria: Alternativas de tratamiento y propuesta de mejora. Trabajo de fin de Grado. Curso académico 2013/14 [homepage en Internet]; 2014 [citado 11 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5693/1/TFG-H97.pdf>
28. Schwarzer R, Schwarzer C. A critical survey of coping instruments. En: Zeidner M, Endler NS (Eds.). Handbook of Coping. New York: Wiley; 1996
29. Rondón JE. Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. Revista Electrónica de Psicología de Iztacala. Junio 2011;14(2):126-62.
30. López X, Mancilla JM, Vázquez R, Franco K, Leticia Alvarez G, Ocampo MT. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). Rev Mex de Trastor Aliment [serie en Internet]. 2011 [citado 16 de septiembre de 2015];2(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232011000100003&script=sci_arttext
31. Lee A, Mendelson T, Mojtabai R. Racial/Ethnic Disparities in Binge Eating: Disorder Prevalence, Symptom Presentation, and Help-Seeking Among Asian Americans and Non-Latino Whites. American Journal of Public Health. 2014;104(7):1263-5.

32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5® [homepage en Internet]; American Psychiatric Pub, 2014 [citado 7 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=1pmvBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=Diagnostic+and+Statical+Manual+of+Mental+Disorders,+DSM-5%C2%AE:+Spanish+Edition+of+the+Desk+Reference+to+the+Diagnostic+Criteria+from+DSM-5%C2%AE&ots=9luHGeGbxj&sig=fmVknNAiSuwPYYuHexuMMCOECSI&redir_esc=y#v=onepage&q=Diagnostic%20and%20Statical%20Manual%20of%20Mental%20Disorders%2C%20DSM-5%C2%AE%3A%20Spanish%20Edition%20of%20the%20Desk%20Reference%20o%20the%20Diagnostic%20Criteria%20from%20DSM-5%C2%AE&f=false
33. Aperte EA. Documento de consenso y conclusiones. Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? Nutr Hosp. 2013;28(sup5):1-12.
34. Pliego CL, Alcántar J, Cárdenas A, Díaz K, Morales E, Ramírez G, et al. Consenso multidisciplinario de prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en el varón joven y maduro. Medicina Interna de México. 2015;31(4):414-33.
35. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Biological Psychiatry. 2013;73(9):904-14.
36. Escandón N. Comparison between people with over nutrition, with and without binge eating disorder. Nutr Hosp. 2016;33(6):1470-6.
37. Baile José I. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. Rev Méd Chile. 2014;142(1):128-9.
38. Zaragoza A, Sánchez M, Ferrer R. Is the binge eating disorder related to the adherence to Mediterranean diet in university students? Nutr Hosp. 2018;33(6):1385-90.
39. Hilbert A, Hartmann AS. Body Image disturbance. En: Alexander J, Goldschmidt AB, Le Grange D, eds. A clinician's guide to binge eating disorder Nueva York: Routledge; 2013. p. 78-90.
40. García A. El trastorno por atracón en el DSM-5. Med Psicosom. 2014;70(110):70-4.
41. Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. International Journal of Eating Disorders. 2013;46(1):60-5.
42. Franco K, Alvarez GL, Ramírez RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. Rev Mex de Trastor Aliment. 2011;2(2):148-64.
43. Hrabosky JI, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Psychometric evaluation of the eating disorder examination-questionnaire for bariatric surgery candidates. Obesity. 2008;16(4):763-9.

44. Celio AA, Wilfley DE, Crow SJ, Mitchell J, Walsh BT. A comparison of the binge eating scale (BES), questionnaire for eating and weight patterns-revised (QEWP-R), and eating disorder examination questionnaire with instructions (EDE-Q-I) with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *Int J Eat Disord.* 2004;36(4):434-44.

45. Dakanalisa A, Zanettia MA, Clerici M, Madeddu F, Riva G, Caccialanza R. Italian version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire. Psychometric proprieties and measurement invariance across sex, BMI-status and age. *Appetite.* 2013;71(1):187-95.

Recibido: 16 de noviembre de 2017.

Aprobado: 9 de marzo de 2018.

José Hernández Rodríguez. Centro de Atención al Diabético del Instituto Nacional de Endocrinología. Calle 17 esquina a D, # 509, Vedado, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: pepehdez@infomed.sld.cu