

Trastorno por atracón

Diagnóstico, evaluación y tratamiento

José I. Baile Ayensa

María J. González Calderón



PIRÁMIDE

Trastorno por atracón

Diagnóstico, evaluación y tratamiento

José I. Baile Ayensa
María J. González Calderón

Trastorno por atracón

Diagnóstico, evaluación y tratamiento

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Sección: Manuales Prácticos

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Diseño de cubierta: Anaí Miguel

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

© José I. Baile Ayensa

María J. González Calderón

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2016

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

Depósito legal: M. 5.963-2016

ISBN: 978-84-368-3567-0

Printed in Spain

ÍNDICE

1. Introducción	11
2. Las historias de Ana y Raúl, dos casos de trastorno por atracón	13
2.1. Ana y sus atracones de comida prohibida	13
2.2. Raúl y su refugio en los atracones	14
2.3. Algunas reflexiones sobre estos dos ejemplos	16
3. Aspectos demográficos e históricos del trastorno por atracón	19
3.1. Prevalencia del trastorno por atracón y características demográficas de quienes lo padecen	19
3.2. Evolución histórica en la configuración del trastorno por atracón	21
3.3. Resumen de las ideas principales del capítulo	26
4. Teorías explicativas del trastorno por atracón	29
4.1. Teorías biológicas	29
4.1.1. Teorías genéticas	29
4.1.2. Otras teorías biológicas	30
4.2. El trastorno de atracón como evolución a partir de otro trastorno del ámbito del comportamiento alimentario	31
4.3. Modelos integradores	32
4.3.1. Factores predisponentes	34
4.3.2. Factores desencadenantes	34
4.3.3. Factores mantenedores	34
4.4. Secuencia habitual en un episodio de atracón	35
4.5. Resumen de las ideas principales del capítulo	38
5. Definición, diagnóstico y evaluación del trastorno por atracón	39
5.1. Definición, perfil psicopatológico, comorbilidad y curso del trastorno por atracón	39
5.1.1. Definición	39
5.1.2. Perfil psicopatológico del paciente con trastorno por atracón	39

5.1.3.	Comorbilidad, calidad de vida y embarazo	42
5.1.4.	Curso	45
5.2.	Diagnóstico del trastorno por atracón	46
5.2.1.	Criterios diagnósticos	46
5.2.2.	Diagnóstico diferencial.	49
5.3.	Evaluación del trastorno por atracón.	51
5.3.1.	Plan de evaluación	51
5.3.2.	Técnicas generales en la evaluación de los TCA	53
5.3.3.	Técnicas específicas para evaluar el trastorno por atracón	61
5.4.	Resumen de las ideas principales de este capítulo	67
6.	El trastorno por atracón en personas obesas	69
6.1.	Comorbilidad entre la obesidad y el trastorno por atracón	69
6.2.	Singularidades de las personas obesas que presentan trastorno por atracón	71
6.2.1.	Los atracones en las personas obesas con trastorno por atracón	71
6.2.2.	Psicopatología de las personas obesas con trastorno por atracón	72
6.3.	Algunas consideraciones para la intervención.	73
6.4.	Resumen de las ideas principales del capítulo	74
7.	Tratamientos psicológicos del trastorno por atracón	77
7.1.	Algunas consideraciones relativas a la intervención del trastorno por atracón	77
7.1.1.	Principios generales del tratamiento de los TCA	78
7.1.2.	Objetivos del tratamiento del trastorno por atracón	80
7.2.	Principales tratamientos psicológicos del trastorno por atracón.	82
7.2.1.	Terapia de autoayuda	82
7.2.2.	Terapia de conducta para perder peso	84
7.2.3.	Terapia cognitivo-conductual.	85
7.2.4.	Terapia interpersonal	86
7.2.5.	Las terapias combinadas o ampliadas.	87
7.2.6.	Terapias basadas en las tecnologías de la información y la comunicación	87
7.3.	Plan de tratamiento de enfoque cognitivo-conductual.	88
7.3.1.	El tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos que incluyen atracones	88
7.3.2.	Objetivos y plan de tratamiento.	90
7.3.3.	Desarrollo del plan de tratamiento	93
7.4.	Eficacia de los tratamientos psicológicos del trastorno por atracón	109
7.5.	Resumen de las principales ideas del capítulo	110

8. Tratamientos farmacológicos y quirúrgicos del trastorno por atracón	113
8.1. Tratamientos farmacológicos del trastorno por atracón.	113
8.2. Tratamientos quirúrgicos del trastorno por atracón	116
8.3. Resumen de las ideas principales del capítulo	117
9. Materiales prácticos	119
Referencias bibliográficas	169

1. INTRODUCCIÓN

¿Quién, en nuestra sociedad, no ha comido en exceso alguna vez?; ¿quién no ha pensado que se ha dado un atracón en determinada fiesta o bufé?; ¿significa eso que tenemos un trastorno psicológico? Evidentemente no. El trastorno por atracón, sobre el que trata este libro, va mucho más allá de «darse un atracón» de vez en cuando, probablemente asociado a algún evento o circunstancia «especial»; por el contrario, constituye un verdadero trastorno psicológico en el que la sensación de falta de control, malestar, disgusto o vergüenza hace de este comportamiento alimentario alterado un verdadero problema para quien lo sufre.

Si bien la existencia de un trastorno de este tipo se conocía desde hace más de cuarenta años, no ha sido hasta 2013 cuando ha sido reconocido oficialmente dentro de los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales, generando desde entonces gran interés por parte de los clínicos e investigadores de los trastornos del comportamiento alimentario. A este interés hay que añadir una evidencia, que es su gran prevalencia entre las personas que sufren sobrepeso u obesidad, y al respecto hay que recordar que en muchas sociedades occidentales casi el 50 por 100 de la población adulta presenta alguno de ellos (Nguyen y El-Serag, 2010).

La novedad del reconocimiento oficial del trastorno conlleva una escasez de publicaciones académicas que sinteticen de forma sistemática y clara lo que actualmente conocemos sobre él, labor que constituye el objetivo de este libro. Esperamos con él ayudar a profesionales, investigadores, docentes y estudiantes del área de las ciencias de la salud, e incluso también a las personas afectadas por el trastorno por atracón y sus familiares, a conocerlo mejor, tanto desde el punto descriptivo como desde una perspectiva más práctica que recoge su diagnóstico, evaluación y tratamiento.

El libro sigue el formato de las publicaciones académicas del ámbito de la psicología e incluye en torno a 150 referencias bibliográficas actualizadas a la fecha de publicación, que permiten no sólo avalar su

contenido sino también ofrecer la oportunidad de ampliar información y conocimientos a quienes deseen consultarlas. De igual forma, se ha querido incluir un extenso apartado con numerosos materiales prácticos que pueden emplearse en el proceso de intervención del trastorno y, por tanto, ayudar al profesional de la salud en su práctica clínica, siguiendo el objetivo esencial de la colección a la que pertenece este libro.

En este apartado introductorio conviene realizar una precisión terminológica. Si bien en la traducción española del DSM-5 se ha denominado a este trastorno *trastorno de atracones* (a partir de la versión original, *Binge Eating Disorder*), los textos académicos españoles llevan años refiriéndose a él de forma diferente, y ninguno de ellos usa dicho término. Así, aunque algunos autores se han decantado por la expresión *trastorno por atracones* (Martínez y Plana, 2014), la mayoría han optado por el término *trastorno por atracón* (Casado, 2013; García-Camba, 2001; Perpiñá, 2014; Saldaña, 2010), aquel por el que nos inclinamos también los autores de este libro.

El deseo de los autores es que esta obra permita una mejor comprensión y un conocimiento más profundo del trastorno por atracón; esperamos lograr dicho objetivo.

Collado-Villalba, marzo de 2016.

LOS AUTORES

2. LAS HISTORIAS DE ANA Y RAÚL, DOS CASOS DE TRASTORNO POR ATRACÓN

2.1. ANA Y SUS ATRACONES DE COMIDA PROHIBIDA

Ana tiene 25 años, trabaja como administrativa en una oficina en el centro de una gran ciudad y vive con su pareja en un apartamento en un barrio a las afueras. Recuerda que desde siempre ha tenido sobrepeso, si bien ahora ya presenta claramente obesidad, al haber alcanzado un Índice de Masa Corporal (IMC)¹ de 32. Cuenta que para intentar controlar el sobrepeso siempre ha estado a dieta o probando dietas diferentes, las cuales nunca han sido realmente efectivas, más allá de una pérdida inicial de algunos kilogramos que termina por recuperar sobradamente con posterioridad. Fruto de este comportamiento se le ha quedado grabada la idea básica de que debe renunciar a dulces, grasas y carbohidratos en general.

Recuerda que el tema de los atracones se inició hace dos años con su última dieta; entre otras restricciones, en ella estaban prohibidos los dulces, que a ella le encantan. Por ello, tras tres semanas de dieta estricta, comenta que una tarde que tenía un hambre voraz y un ansia tremenda por comer algo dulce entró en una pastelería y se compró una tarta de aproximadamente un kilo que engulló al llegar a casa. Como ya había perdido tres kilogramos, pensó que por darse un capricho no pasaría nada. Esa primera vez se sintió muy llena pero no especialmente culpable: pensó que se lo merecía después de tantos días haciendo dieta. A partir de ese momento, y cada cierto tiempo, se «daba el capricho» de comer en cantidades importantes alimentos que se había prohibido. Posteriormente, los episodios de atracón se hicieron constantes, por lo menos una vez a la semana; consistían siempre en productos de bollería o pasteles ricos en grasas y azúcar, y cada vez en cantidades más elevadas. Con el tiempo fueron cambiando sus sensaciones; tras un año

¹ El IMC es una medida del estado corporal que permite saber si una persona tiene sobrepeso, obesidad o infrapeso. En el apartado 5.3.2.4 de este libro se explica cómo se calcula e interpreta dicho índice (véase subepígrafe «valoración antropométrica»).

de atracones, ya sentía que no podía controlar su comportamiento; en cada atracón perdía la sensación de control y engullía la comida rápidamente hasta sentirse tan llena que le dolía el estómago. Tras los atracones se sentía mal consigo misma y culpable de no saber controlarse, y pensaba que lo que había empezado como resultado de una decisión propia o un mero capricho se estaba convirtiendo en un problema serio e incontrolable.

Los atracones siempre tienen lugar por la tarde, antes de que llegue a casa su pareja. Él no sabe nada del comportamiento de Ana, lo cual hace que ella se sienta más culpable aún por «engañar» a su pareja no contándole lo que hace a escondidas. Normalmente ingiere aquello que se prohíbe durante sus dietas, especialmente productos ricos en grasas «sabrosas», como la bollería industrial o alimentos con mucho azúcar; en general, se trata de productos que puede conseguir a bajo precio, pues tampoco puede dedicar a ello mucho dinero porque su economía no se lo permite y, además, no quiere que su pareja se entere.

Los atracones suelen ocurrir a la vuelta del trabajo. En el camino de regreso a casa pasa por delante de una tienda de chucherías, que es donde suele comprar la comida. Como es consciente de que si pasa por la tienda entrará a comprar, intenta no volver todos los días por el mismo camino y evitar así el establecimiento, pero sólo lo consigue de vez en cuando.

A modo de ejemplo, se describe su último atracón: Ana ingirió una bandeja de pequeños cruasanes rellenos de chocolate (unos nueve), un paquete de cuatro donuts, un litro de refresco de cola light y un paquete de bizcochos pequeños bañados en chocolate (unos doce) mojados en un tazón de café con leche, lo que aproximadamente supuso unas 6.000 calorías. Como siempre, tras el atracón Ana se sintió mal y culpable (a veces incluso llora porque el tema se le ha ido de las manos) y se prometió a sí misma que no volvería a hacerlo y que, para evitar que las numerosas calorías consumidas empeoraran su obesidad, continuaría la dieta, si bien no consiguió mantenerla.

2.2. RAÚL Y SU REFUGIO EN LOS ATRACONES

Raúl tiene 30 años, es profesor de educación primaria y vive solo en un apartamento en un pequeño pueblo. Presenta sobrepeso (IMC = 29) y recuerda que su constitución física siempre ha sido la misma. No obstante, es ahora cuando reconoce que tiene un problema serio con la comida.

Todo empezó hace unos tres años, después de una crisis sentimental y posterior ruptura con una pareja con la que estuvo varios años. Él considera que aquella ruptura se debió en parte a su aspecto, y que su sobrepeso, el cual ha sido incapaz de controlar durante años, fue una de las razones por las cuales su expareja se fue distanciando de él. Tras la ruptura decidió bajar de peso de forma importante e inició una dieta estricta, siguiendo un libro de dietas que compró. Simultáneamente se apuntó a un gimnasio, al que sólo estuvo yendo durante unos meses porque era incapaz de mantener una rutina semanal, debido, entre otros motivos, a que tenía que desplazarse hasta el pueblo de al lado, en el que se encontraba el gimnasio.

Tras una pérdida importante de peso, en cuanto Raúl regresó a su estilo de alimentación habitual volvió a recuperar el sobrepeso, lo que, unido a sus pensamientos derrotistas acerca de no volver a tener nunca pareja, le ha ido sumiendo en un estado de depresión permanente. Sus sentimientos de tristeza y, en muchas ocasiones, de soledad los intentó amortiguar buscando diferentes tipos de gratificaciones, principalmente alimentos. En concreto, decidió que para las cenas se prepararía variadas y sabrosas comidas, de modo que ocupara la tarde cocinando, elaborando platos complicados y apetecibles. Al principio era más una motivación gastronómica lo que le llevaba a probar diferentes comidas y proponerse el reto de cocinar platos elaborados; incluso invitaba a sus amigos a cenar con frecuencia. Sin embargo, con el tiempo esta actividad se ha convertido en una tarea menos social y más individual, los platos son menos elaborados, utiliza mucha comida precocinada y se centra casi exclusivamente en el placer que le produce comer y no tanto cocinar. En la actualidad, tres o cuatro veces a la semana realiza cenas copiosas, que sabe de antemano que son desmedidas, si bien cree que no le van a engordar en exceso porque el resto del tiempo come normal o incluso realiza alguna dieta.

Raúl no tiene comidas preferidas a la hora de llevar a cabo los atracones, pues éstos suelen incluir cualquier tipo de alimentos; asimismo, sus atracones no son uniformes ni en las circunstancias que los rodean ni en la forma en que tienen lugar. Un día puede elegir cenar dos o tres platos precocinados y sentarse tranquilamente en la mesa y otro día consumir embutidos y queso que pone en la mesita del salón y engulle mientras ve la televisión. En alguna de estas cenas Raúl es capaz de consumir entre 3.000 y 4.000 calorías.

Si bien al principio tenía una clara sensación de control sobre lo que comía y cómo ingería los alimentos, últimamente se ha dado cuenta de

que, una vez ha empezado a comer lo que tiene previsto, ya no puede parar, y acaba yendo a buscar más comida en el frigorífico o despensa. También pensaba que realizar las «supercenas» estaba bajo su control, pero ahora se da cuenta de que todas las semanas las lleva a cabo de forma sistemática; lo que empezó siendo algo planeado y que le resultaba agradable se ha convertido en un problema, pues se siente mal tras este tipo de cenas y le gustaría dejar de hacerlo, aunque reconoce que no puede.

2.3. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE ESTOS DOS EJEMPLOS

Tanto Ana como Raúl tienen un problema con su comportamiento alimentario que básicamente gira en torno a estas cuestiones:

- Tienen un problema con su peso que han intentado controlar a través de diferentes estrategias, siendo las dietas, más o menos estrictas, con mejor o peor seguimiento, las más habituales.
- Sus intentos para bajar de peso, junto a otras variables personales normalmente relacionadas con aspectos emocionales, les han llevado a realizar atracones de comida de forma habitual.
- Los atracones empezaron como algo voluntario y planificado, y al principio resultaban placenteros. Sin embargo, han terminado por estar fuera de su control, lo que ya no les genera satisfacción alguna sino todo lo contrario.
- Mantener una dieta y darse de vez en cuando atracones no les ha servido como método de control de su peso, pues en ambos casos mantienen un IMC por encima del considerado normopeso².

Hasta mayo de 2013 el tipo de comportamiento que presentan Ana y Raúl no encajaba por completo en ninguno de los trastornos del comportamiento alimentario que se recogían en los manuales diagnósticos, como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, ya que, aunque los atracones son un criterio imprescindible para reconocer una bulimia nerviosa, ni Ana ni Raúl llevan a cabo comportamientos compensatorios tras ellos, aspecto imprescindible para poder realizar el diagnóstico. Si se hubiera querido asignar a su comportamiento algún tipo de etiqueta

² Se considera que un sujeto presenta un peso «normal» o «normopeso» cuando su IMC se sitúa entre 20 y 25.

diagnóstica, habría sido necesario recurrir al cajón de sastre que englobaban los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TAC-NE), el cual era muy ambiguo e impreciso.

Un trastorno caracterizado exclusivamente por la presencia de atracones era conocido por los clínicos desde hacía años, si bien hasta esta fecha no ha obtenido el reconocimiento oficial, al ser incluido como trastorno del comportamiento alimentario en la quinta versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014).