

Trastorno por Atracón: una revisión actualizada

Binge eating disorder: an updated review

Sol Misa-Aversa^{1a}, Carolina Arispe-Silva^{1a}, Andrea Silvana Paz-Poblete^{1a}, Alejandro Siles-Florian^{1a}, María Paula Costa-Arias^{1a}, Glauco Valdivieso-Jiménez^{1,2b}

¹Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, Centro Psicológico ConoSer, Lima, Perú

²Hospital de Emergencias Villa El Salvador, Lima, Perú

^aPsicóloga/o clínica/o

^bMédico Psiquiatra

Correspondencia:

Glauco Valdivieso-Jiménez

Correo: glaucovald@gmail.com

Dirección: Avenida Mariscal La Mar 550, oficina 306, Miraflores, Lima.

Financiamiento: El presente trabajo fue financiado por los propios autores..

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESUMEN

El Trastorno por Atracón (TA) es una condición prevalente caracterizada por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de pérdida de control y sentimientos de culpa o malestar significativo. Este trastorno está asociado con comorbilidades físicas y psicológicas, como obesidad, depresión y ansiedad, lo que subraya la importancia de su diagnóstico y tratamiento temprano. Este artículo revisa las estrategias terapéuticas actuales, incluyendo enfoques psicológicos como la terapia cognitivo conductual (TCC), Mindfulness, y opciones farmacológicas con medicamentos como el topiramato y la lisdexanfetamina. Se concluye que un enfoque integral que combine intervenciones conductuales y farmacológicas es clave para mejorar los resultados a largo plazo en pacientes con TA.

Palabras clave: Trastorno por Atracón, Trastorno de Conducta Alimentaria

ABSTRACT

Binge Eating Disorder (BED) is a prevalent condition characterized by recurrent episodes of excessive food intake, accompanied by a loss of control and significant distress or guilt. BED is associated with physical and psychological comorbidities, such as obesity, depression, and anxiety, highlighting the importance of early diagnosis and treatment. This article reviews current therapeutic strategies, including psychological approaches like cognitive-behavioral therapy, Mindfulness and pharmacological options like topiramate and lisdexamfetamine. An integrated approach combining behavioral and pharmacological interventions is concluded to be essential for improving long-term outcomes in BED patients.

Keywords: Binge Eating Disorder, Eating Disorders

Introducción

El trastorno por atracón (TA) es un trastorno alimentario incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, texto revisado (DSM-5-TR)(1). El TA está fuertemente relacionado con la obesidad, afectando la calidad de vida, y con características psicopatológicas como estrés, ansiedad y depresión. Además, incrementa el riesgo de comorbilidades médicas. Debido al limitado conocimiento, la escasez de estudios específicos sobre el trastorno por atracón y por ser un trastorno emergente, se realiza la siguiente revisión de la literatura con el objetivo de clarificar y actualizar la información disponible sobre este tema.

Definición y criterios diagnósticos

El TA es un trastorno alimentario y enfermedad mental caracterizado por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañados de una sensación de pérdida de control sobre lo que se consume. A diferencia de otros trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa, este comportamiento no está asociado con conductas compensatorias inapropiadas. Sin embargo, suele ir acompañado de un uso compulsivo de la comida como forma de aliviar el malestar emocional y de una intensa preocupación por la imagen corporal. Así mismo, los atracones de comida pueden ser planeados en algunas ocasiones.

Entre los principales factores de riesgo destacan los patrones obsesivos de pensamiento y conducta, aunque el TA no puede considerarse un trastorno homogéneo, ya que su presentación varía en función de las características individuales de quien lo padece. Este cuadro clínico genera un intenso malestar emocional y puede impactar significativamente la calidad de vida, afectando tanto la salud física como psicológica de los pacientes.

Según los criterios establecidos en el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado), los episodios de atracón se definen por dos características principales(1,2):

1. La ingestión, en un período limitado (por ejemplo, dentro de dos horas), de una cantidad de alimentos que es notablemente mayor que la que la mayoría de las personas consumirían en condiciones similares.
2. Una sensación de falta de control sobre lo que se come durante el episodio, manifestada como la incapacidad de detenerse o de regular la cantidad ingerida.

Adicionalmente, estos episodios suelen estar asociados a tres o más de los siguientes comportamientos:

1. Comer mucho más rápido de lo habitual.
2. Continuar comiendo hasta sentirse físicamente incómodo o desagradablemente lleno.
3. Consumir grandes cantidades de alimentos sin experimentar hambre física.
4. Preferir comer en solitario debido a la vergüenza por la cantidad ingerida.
5. Sentirse culpable, deprimido o avergonzado después del atracón.

Para el diagnóstico, los atracones deben ocurrir, en promedio, al menos una vez por semana durante tres meses y generar un malestar significativo. Además, no deben estar relacionados con conductas compensatorias recurrentes ni ocurrir exclusivamente en el contexto de otros trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

El DSM-5-TR también establece especificaciones importantes:

- Estado de remisión: Puede ser parcial, si los episodios se reducen a menos de uno por semana de manera sostenida, o total, si no se cumplen ninguno de los criterios durante un período continuado.
- Grado de gravedad: Se clasifica según la frecuencia de los episodios: leve (1–3 episodios por semana), moderado (4–7), grave (8–13) y extremo (14 o más). Esta clasificación permite adaptar el tratamiento según la intensidad del trastorno y sus consecuencias en la vida cotidiana.

En resumen, el trastorno por atracón, tal como se define en el DSM-5-TR, representa un patrón de alimentación desordenado que requiere una evaluación clínica cuidadosa para su diagnóstico y manejo adecuado.

Epidemiología

En investigaciones pioneras, Spitzer informó que la prevalencia del TA en la población general era del 3%; estudios posteriores del mismo autor situaron esta cifra en el 2%, especialmente en países como Australia, Francia, Noruega y Austria(3). Por otro lado, investigaciones realizadas en población femenina han reportado cifras inferiores al 1%. Sin embargo, entre personas con obesidad, la prevalencia alcanza hasta un 30%(4).

Dos grandes estudios han evaluado la prevalencia en muestras comunitarias utilizando los criterios del

DSM-IV-TR, con el Estudio Nacional de Comorbilidad de EE.UU. reportando una prevalencia de vida del 2.8%(5), mientras que la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS obtuvo una prevalencia promedio del 1.9% en 24124 adultos de 14 países(6). Utilizando los criterios del DSM-5, el Estudio Nacional de Salud y Bienestar de EE.UU. observó una prevalencia similar del 2.0%(7).

En el estudio mencionado, la prevalencia de vida del TA varió según el índice de masa corporal (IMC): 1.2% en personas con sobrepeso, 2.6% en obesidad moderada (IMC 30–35) y 4.5% en obesidad severa (IMC ≥ 35)(7). Otro estudio reciente mostró tasas de prevalencia de entre 3.3% y 5.5% en personas con obesidad, sugiriendo una correlación directa entre la prevalencia del TA y el IMC(8).

Estudios adicionales han estimado que el 30.7% de las personas con TA tienen sobrepeso y el 32.8% obesidad(6). Sin embargo, otro estudio reportó que el 87.8% de las pacientes con TA tenían obesidad(9).

Se han observado diferencias de género, con una mayor prevalencia en mujeres (2.1–3.5%) que en hombres (0.9–2.0%)(5,7). Además, antecedentes personales y familiares de obesidad juegan un papel clave en el desarrollo del trastorno; un estudio reveló que el 62.8% de los pacientes con TA tenían antecedentes familiares de obesidad y casi el 29% padecían obesidad en la infancia(9).

En niños y adolescentes, la epidemiología de los trastornos alimentarios revela datos alarmantes. Un meta-análisis reciente encontró que el 22.36% de 63,181 niños y adolescentes de 16 países presentaron comportamientos de alimentación desordenada, siendo la proporción significativamente mayor en niñas en comparación con niños. En 2019, aproximadamente 14 millones de personas, incluyendo casi 3 millones de niños y adolescentes, experimentaron trastornos alimentarios, lo que subraya la magnitud del problema. Además, se ha observado que la incidencia de estos trastornos ha aumentado en las últimas décadas, con prevalencias que varían entre el 1.2% en niños y hasta el 5.7% en niñas, lo que indica un creciente desafío de salud pública(10).

En Perú, los trastornos de conducta alimentaria (TCA) han mostrado un incremento significativo en los últimos años, constituyendo un problema de salud pública alarmante. En el estudio multicéntrico de Zila-Velásquez que investiga la prevalencia y los factores asociados con los trastornos de la conducta ali-

mentaria (TCA) en estudiantes de medicina humana en Perú durante la pandemia de COVID-19(11). Se reporta que la prevalencia de TCA varía significativamente entre estudios, con estimaciones que oscilan entre el 2% y el 30%, lo que sugiere un riesgo elevado en esta población específica(11).

Según el Ministerio de Salud, entre el 7% y el 11% de los adolescentes peruanos presentaban algún tipo de TCA en 2020, y esta cifra se espera que siga en aumento. Por su parte, el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) expresó su preocupación en 2022, señalando que el 5% de los adolescentes del país sufrían de anorexia. Además, en 2021, EsSalud alertó sobre un marcado incremento de casos de TCA en adolescentes desde los 11 años, indicando que de cada 10 pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Almenara, 5 padecían anorexia, bulimia o trastorno por atracón(12).

Características clínicas

El trastorno por atracón se caracteriza por un patrón de comportamiento alimentario alterado, en que el individuo que lo padece presenta episodios recurrentes de alimentación compulsiva. En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control(13,14).

El TA se puede presentar en personas con un peso adecuado, sobrepeso u obesidad, sin embargo, se ha asociado con frecuencia al sobrepeso y a la obesidad, ya que la prevalencia del trastorno es mayor entre los individuos que buscan tratamiento para perder peso que en la población general (15).

Las personas que tienen este trastorno realizan los atracones manifestando algunas de estas características (el diagnóstico requiere al menos tres): comer más rápido de lo normal, haciéndolo hasta que se sienten incómodamente “llenos”; comiendo mucho aún no sintiendo hambre; comiendo solos por la vergüenza de que los demás vean cómo comen; o sintiéndose mal y culpables tras el atracón. Para tener un cuadro completo, los atracones deben ocurrir al menos una vez a la semana durante tres meses, y vivirse con estrés e insatisfacción con sí mismo. El diagnóstico también requiere que el trastorno no ocurra como una fase dentro del curso de otro trastorno del comportamiento alimentario (13,14).

Característicamente el TA suele iniciarse en la adolescencia tardía o en la década de los veinte(16).

Los pacientes que inician con atracones, probablemente un 35-40% de los TA, presentan respecto a los que lo hacen con restricción no sólo atracones más precozmente, sino también inicio de obesidad a edad más temprana, mayor afectación por comentarios negativos sobre su peso y figura corporal, mayor número de acontecimientos estresantes, y suelen ser más jóvenes cuando son diagnosticados de TA (16).

Los pacientes con TA y obesidad difieren claramente de los obesos sin TA en muchos aspectos clínicos. Suelen presentar obesidad e inicio de dietas más jóvenes, y pasar mucho más tiempo en intentos infructuosos de pérdida ponderal, tendiendo a considerarse con mayor sobrepeso, a mostrar más baja autoestima a presentar afectos negativos como respuesta a la evaluación externa de su peso y conducta alimentaria y a tener mayores dificultades para interpretar las sensaciones de hambre y saciedad(16).

Estudios comparativos entre pacientes con TA y BN purgativa han señalado que los pacientes con TA inician los atracones a menor edad, presentan significativamente menor ansiedad y preocupación por su conducta alimentaria, menor culpabilización por su sobrepeso y mejor autovaloración y adaptación social(16).

Desde un punto de vista de respuesta hedónica ante los atracones, se ha señalado que las pacientes con TA tienden a señalar en comparación con las afectas de BN que los atracones las relajan más, y que con mayor frecuencia disfrutaban del sabor, olor y textura de lo ingerido (16).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, la comorbilidad psiquiátrica en TA está relacionada con la gravedad de la enfermedad y no con el índice de masa corporal (IMC), siendo las comorbilidades más habituales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y, en menor medida, trastornos asociados al consumo de sustancias(14).

Las personas con TCA, como el TA, a comparación de quienes no tienen trastornos de conducta alimentaria, en general reportan mayor deterioro en su calidad de vida; desde el ámbito físico presentan mayor malestar, dificultad al caminar, un IMC superior al normopeso y un deficiente control de la glucosa en la sangre, lo que podría generar otras enfermedades como el síndrome metabólico o la diabetes. En el ámbito mental se presentan más tendencias suicidas, síntomas depresivos y mayores índices de tratamientos en salud mental (14,15)

Factores de riesgo asociados

Para comprender el Trastorno por Atracón se deben considerar tanto los factores ambientales (socioculturales y patrones familiares) así como los factores individuales (biológicos, genéticos y psicológicos) y la interacción existente entre estos.

Factores ambientales

Dentro de los factores ambientales podemos encontrar que con frecuencia los pacientes que presentan un TA han recibido burlas y comentarios negativos sobre su peso tanto de familiares como amigos. Así mismo, los pacientes reportan consumir medios de comunicación y redes sociales que promueven la delgadez como ideal de belleza que los llevan a sentirse insatisfechos con su imagen corporal(17).

Dentro de los factores de riesgo a nivel familiar que han sido identificados como posibles predictores del desarrollo del TA podemos encontrar el comer en exceso dentro del núcleo familiar, tener padres que presentan problemas de regulación emocional, ansiedad o consumo de sustancias. Así como, conflictos constantes en el hogar o padres separados, altas exigencias de los padres o búsqueda de perfeccionismo (17).

La vivencia de acontecimientos traumáticos o estresantes como la muerte o separación de un amigo o familiar, así como las experiencias adversas en la infancia (abuso sexual, físico o maltrato parental) también pueden aumentar el riesgo de sufrir un TA(17).

Finalmente, el estrés en el periodo de embarazo, así como la sobrevaloración que se le da al aumento de peso pueden estar relacionados con el inicio de un TA(17).

Factores de riesgo biológicos y genéticos

A pesar de la alta prevalencia del trastorno por atracón (TA), su etiología sigue siendo poco estudiada, y los factores biológicos y genéticos subyacentes aún no se comprenden completamente(18). La coexistencia de obesidad y TA, aunque no siempre simultánea, indica que los factores genéticos y ambientales que contribuyen a estas condiciones no son completamente coincidentes. Estudios recientes han identificado factores genéticos y familiares como posibles riesgos, estimando una heredabilidad moderada del TA entre el 41% y el 57%(19–21).

Las investigaciones genéticas han señalado alteraciones en los sistemas dopaminérgico y opioidérgico como contribuyentes clave al desarrollo del TA, ya que están vinculados con la impulsividad, la compul-

sividad y los procesos de recompensa relacionados con la comida(21). Aunque otros sistemas de neurotransmisores, como el serotoninérgico y glutamatérgico, también están involucrados, los genes dopaminérgicos parecen ser los más relevantes. Variantes en genes como MC4R, BDNF y FTO han sido exploradas, aunque los hallazgos han sido contradictorios y carecen de replicación suficiente(22–24).

La falta de estudios genómicos amplios y de investigaciones epigenéticas limita la comprensión de la compleja interacción entre factores genéticos y ambientales en el TA. Esta carencia representa un obstáculo significativo para desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento del trastorno(17,25).

Riesgo psicológico y de personalidad

Entre los factores de riesgo asociados a las personas que padecen de un TA podemos encontrar una personalidad rígida, baja autoestima, ansiedad, necesidad de control, dismorfia corporal, dificultad para establecer relaciones con otros e incapacidad para enfrentar ciertos estados de ánimo.

Otros estudios, han encontrado que un riesgo asociado a las personas con TA es la dificultad para organizar su tiempo dando lugar al aburrimiento, estado emocional que suele conducir a una ingesta compulsiva de alimentos(26).

Adicionalmente, las personas que presentan un TA suelen pasar mayores periodos de tiempo en soledad que los pone en riesgo de aumentar la ocurrencia de un episodio de atracón, conducta que suele manifestarse cuando se encuentran solos debido a la vergüenza que le puede provocar a quien lo padece (14).

Factores de riesgo conductuales

Hacer dieta es un factor de riesgo ampliamente documentado para el desarrollo de un TA dado que aumenta el riesgo de comer en exceso para contrarrestar la privación calórica.

Así mismo, el sedentarismo y la preferencia por alimentos procesados o ricos en calorías son conductas que predisponen a las personas a tener un TA, así como obesidad(17).

Complicaciones médicas

Dadas las complicaciones médicas asociadas con otros trastornos de la conducta alimentaria y las condiciones frecuentemente observadas en individuos con obesidad, ha surgido un creciente interés por in-

vestigar las implicancias médicas del TA y su influencia en el desarrollo de diversas enfermedades físicas.

Los pacientes con TA suelen presentar complicaciones físicas relacionadas con la obesidad comórbida y un estilo de vida sedentario, siendo la mayoría extremadamente inactivos. Estudios recientes han señalado que estos pacientes muestran mayores limitaciones en la actividad física en comparación con personas obesas sin TA y controles de peso normal. Además, se ha observado que la mejora en la actividad física en individuos con TA se asocia con una mejor calidad de vida y una percepción más positiva de su estado físico(27). En hombres con TA, se reporta una mayor incidencia de dolor crónico, especialmente en cuello, hombros y la zona lumbar(28). Asimismo, investigaciones han identificado al síndrome metabólico como una condición común entre quienes padecen TA(29).

Además, existen evidencias de una relación bidireccional entre los trastornos de la conducta alimentaria y enfermedades autoinmunes, como la celiaquía y la enfermedad de Crohn(30). En un estudio realizado por Bulik et al., se encontró que los individuos con TA reportaron mayores niveles de insatisfacción con su salud y una prevalencia más alta de comorbilidades médicas, incluyendo hipertensión, asma, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, en comparación con individuos obesos sin TA(31). En niños, la pérdida de control al comer, equivalente al TA en esta población, predice el desarrollo de síndrome metabólico, aumento de peso, mayor tejido adiposo visceral y alteraciones en los niveles de triglicéridos(32). Por otra parte, investigaciones realizadas en mujeres han mostrado una mayor frecuencia de diabetes y disfunción menstrual, como amenorrea y oligomenorrea, entre quienes presentan TA, lo que sugiere factores metabólicos subyacentes adicionales(33,34).

Aunque estas investigaciones apuntan a una asociación entre el TA y complicaciones metabólicas, cardiovasculares y otros sistemas orgánicos, la evidencia aún es limitada. La mayoría de los estudios carecen de criterios diagnósticos rigurosos para el TA, parámetros clínicos estandarizados para evaluar comorbilidades y controles adecuados para factores como el índice de masa corporal (IMC). Por tanto, aunque los hallazgos actuales son prometedores, no son concluyentes y destacan la necesidad de investigaciones más robustas y sistemáticas para comprender plenamente el impacto del TA en la salud física.

Tratamiento

Para mejorar los resultados en el tratamiento del trastorno por atracón, es esencial que se convierta en una prioridad en los próximos años, ya que la terapia actual de primera línea solo alcanza una tasa de abstinencia del 50%. Uno de los mayores desafíos en este esfuerzo es la relación entre la obesidad y el trastorno por atracón, ya que ambas condiciones comparten factores de riesgo, comorbilidades y mecanismos subyacentes. Sin embargo, no está claro cuáles son las mejores estrategias para prevenir y tratar estas afecciones. Por ejemplo, aún no se ha determinado si es más eficaz abordar simultáneamente la pérdida de peso y los problemas de conducta alimentaria, si es preferible centrarse en uno de estos objetivos antes que en el otro, o si sería más adecuado un enfoque neutral respecto al peso(35).

Tampoco está claro si las estrategias de prevención para el trastorno por atracón y la obesidad coinciden en gran medida o si deberían ser diferentes. Además, es necesario entender cómo evitar que las campañas de prevención de la obesidad no contribuyan a un aumento de los atracones. Desde una perspectiva más centrada en los trastornos alimentarios, es fundamental identificar cómo deberían estructurarse las estrategias de prevención específicas para el trastorno por atracón dentro del amplio espectro de los trastornos alimentarios(35).

Dado el considerable progreso en el desarrollo de tratamientos psicológicos para el trastorno por atracón, el siguiente paso crucial es garantizar que estos enfoques basados en la evidencia se integren en la práctica clínica.

A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, las tasas de tratamiento del trastorno por atracón siguen siendo bajas. Solo el 38% de las personas diagnosticadas con este trastorno ha recibido alguna vez un tratamiento específico para su problema alimentario. No obstante, la literatura actual ofrece información valiosa sobre los tratamientos más eficaces. Los estudios indican que es necesario abordar varios aspectos clave para asegurar el éxito del tratamiento: reducir los episodios de atracones, tratar la psicopatología asociada (especialmente la depresión y la ansiedad), gestionar los problemas emocionales, mejorar el funcionamiento psicosocial (incluyendo la identificación y gestión de situaciones estresantes, como eventos traumáticos, y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y las habilidades de afrontamiento), así como tratar el exceso de peso y los problemas metabólicos(17,36).

Este enfoque integral ayudará a mejorar significativamente los resultados a largo plazo en el tratamiento del trastorno por atracón(17,35).

Los principales enfoques psicológicos y conductuales para tratar el TA incluyen la terapia cognitivo conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (PIP), la terapia dialéctica conductual (TDC) y el tratamiento conductual para la pérdida de peso (TCPP). Según las pautas de la Asociación Psiquiátrica Americana (2023) y otras, en concordancia de lo que propuso años atrás el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), la TCC es el tratamiento preferido para el TA. Este enfoque se centra en normalizar los hábitos alimenticios y fomentar cambios conductuales y cognitivos, preparando al paciente para manejar situaciones estresantes y, así, reducir los episodios de atracones. Los estudios muestran que la TCC es altamente efectiva a largo plazo, no solo eliminando los síntomas de atracones, sino también mejorando otros problemas psicológicos asociados hasta 48 meses después del tratamiento(17,37–40).

La PIP, que se enfoca en las dificultades interpersonales que contribuyen al trastorno, ha mostrado resultados similares a la TCC en cuanto a efectividad a largo plazo. Estudios recientes indican que entre el 50 % y el 65 % de los pacientes que reciben TCC o PIP logran la recuperación de los atracones y mantienen este progreso con el tiempo(41).

Por otro lado la TDC, que se centra principalmente en la regulación emocional, ha mostrado resultados alentadores para reducir los atracones, el índice de abstinencia y calidad de vida relacionada a la salud, sin embargo se necesita más investigación para determinar su efectividad a largo plazo ya que los estudios son insuficientes(42–44).

Sin embargo, tanto la TCC como la PIP tienen una limitación: aunque logran reducir los atracones y ralentizan el aumento de peso, no suelen promover la pérdida de peso en pacientes con TA, quienes a menudo padecen obesidad. Un estudio sugiere que características como la insatisfacción con la imagen corporal y el deseo intenso de bajar de peso pueden llevar a muchos pacientes a abandonar estas terapias. Para abordar esta limitación, algunos investigadores han explorado la terapia conductual enfocada en la reducción de calorías y la actividad física (TCPP), que se utiliza principalmente para tratar la obesidad. Aunque el TCPP es efectivo para perder peso, no parece ser tan eficaz como la TCC o la PIP para mantener la reducción de los episodios de atracones a largo plazo(17,39,40).

Además, tratamientos complementarios como el mindfulness han mostrado resultados preliminares prometedores, mejorando la salud general, el bienestar y la sostenibilidad de los avances logrados en terapia. Tanto el mindfulness como las estrategias de regulación emocional pueden ayudar a controlar la urgencia negativa, un factor clave en el desarrollo del TA(17,39,40).

Finalmente, algunos estudios han destacado que agregar ejercicio físico a la TCC no solo reduce los atracones, sino que también mejora síntomas de depresión y ansiedad asociados. Los pacientes con TA, a menudo afectados por la obesidad y un estilo de vida sedentario, tienden a ser menos activos físicamente. En comparación con personas obesas sin TA o con peso normal, los pacientes con TA presentan mayores dificultades en cuanto a actividad física y

autopercepción. Se ha comprobado que aumentar la actividad física en estos pacientes mejora su calidad de vida y su percepción corporal(39,40) (ver Tabla 1).

La farmacoterapia no es el tratamiento principal para el trastorno por atracón (TA), pero a menudo se utiliza como complemento en las intervenciones terapéuticas, principalmente para abordar síntomas depresivos y el manejo del peso. Algunos antidepresivos han demostrado eficacia en la reducción de la frecuencia de episodios de atracones; sin embargo, su impacto en la pérdida de peso no es significativo(45).

Actualmente, el medicamento de primera elección para el TA es el topiramato, un fármaco antiepiléptico. Ensayos aleatorizados controlados con placebo han demostrado que la combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y topiramato mejora la

Tabla 1. Resumen de enfoques de tratamiento para el Trastorno por Atracón (TA)

Enfoques de Tratamiento	Reducción de Atracones	Patología Psiquiátrica Comórbida	Problemas de Peso y Metabólicos	Calidad de Vida	Regulación Emocional	Funcionamiento Psicosocial	Limitaciones y Fortalezas
Terapia cognitiva conductual (TCC)	++	++	-	+	+	++	Evidencia empírica; efectividad a largo plazo
Psicoterapia interpersonal (PIP)	++	++	-	+	+	++	Evidencia empírica; efectividad a largo plazo
Terapia dialéctica conductual (TDC)	+	+	-	+	++	+	Se necesita más investigación
Tratamiento conductual para la pérdida de peso (TCPP)	+	-	++	++	-	-	Menor efectividad en la reducción de atracones
Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS)	+	++	-	+	+	-	Efectos no deseados sobre el peso
Orlistat	-	-	++	-	-	-	Ineficaz en reducir la frecuencia de atracones
Topiramato	+	+	+	+	-	-	Tratamiento adyuvante; efectos secundarios adversos
Lisdexanfetamina	+	+	+	+	-	-	Monitorear ritmo cardíaco y presión arterial
Ejercicio físico	+	+	+	++	-	+	Se necesita más investigación
Mindfulness	+	+	-	++	++	+	Se necesita más investigación

-: sin efecto, +:efecto variable o discreto, ++: efecto relevante
Fuente: Adaptado de Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F (2021)(17).

eficacia de la terapia psicológica en casos graves, reduciendo tanto la frecuencia de los atracones como el peso corporal. Sin embargo, el uso de topiramato puede requerir suspensión en algunos casos debido a efectos adversos como cefalea, parestesias, amenorrea o sedación(46–48). Otra opción farmacológica es la lisdexanfetamina (LDX), un estimulante del sistema nervioso central, que ha mostrado eficacia en el tratamiento del TA. Estudios recientes con LDX han reportado resultados positivos en la reducción de conductas de atracones, síntomas comórbidos y peso corporal en estos pacientes. No obstante, aunque LDX es generalmente segura y bien tolerada, los efectos adversos emergentes, como aumentos en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, deben ser monitoreados de cerca por los médicos(49,50).

Manejo de la pérdida de peso

Muchas personas que padecen un trastorno por atracón, así como un número creciente de quienes sufren de bulimia nerviosa, también presentan obesidad, lo que conlleva complicaciones médicas significativas. La terapia conductual para la pérdida de peso en personas con bulimia nerviosa puede ser tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir los episodios de atracones y, a corto plazo, puede resultar más eficaz en la consecución de la pérdida de peso; sin embargo, esta efectividad no se mantiene a largo plazo. De manera similar, medicamentos como el topiramato y/orlistat pueden ayudar en la pérdida de peso y en la reducción de atracones a corto plazo (51).

El manejo nutricional tiene como objetivo principal corregir las alteraciones nutricionales y los hábitos alimentarios disfuncionales, así como abordar otros comportamientos asociados a prácticas no saludables para el control del peso. Además de esto, busca fomentar un enfoque más saludable y flexible respecto a la alimentación y el manejo del peso, promoviendo una relación equilibrada con la comida que permita a los individuos mantener un estilo de vida más saludable y sostenible a largo plazo(52).

Conclusiones

El Trastorno por Atracón es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos, acompañados de sensación de pérdida de control y que hay que descartar que no presenta conductas compensatorias.

Podemos destacar que existen diversos factores de riesgo, dentro de los más significativos destacan la baja

autoestima, personalidad rígida, necesidad de control, dismorfia corporal, patrones obsesivos de pensamientos y conductas, comer en exceso en el núcleo familiar, padres con desregulación emocional, trastornos ansiosos o consumo de sustancias. Del mismo modo, la heredabilidad en un gran porcentaje influye por las alteraciones del sistema dopaminérgico y opioide.

Así mismo, para considerar una incidencia significativa estos episodios tienen que aparecer por lo menos una vez por semana durante tres meses, generando un malestar significativo tanto emocional como físico, trayendo como consecuencias medicas posibles patologías relacionadas con la obesidad, así como la celiacía y enfermedad de Crohn.

Durante los últimos años en Perú, los estudios revelan que los trastornos de conducta alimentaria van en aumento y la mayoría de pacientes tenían antecedentes familiares con obesidad y obesidad infantil, enfatizando que dichos pacientes empiezan con la patología a menores edad respecto a la anorexia y bulimia.

Por último, es importante destacar una preocupación significativa respecto al tratamiento conductual, ya que aún no están claramente definidas las estrategias óptimas para prevenir y tratar estas afecciones. Sin embargo, se ha evidenciado que un enfoque integral puede mejorar de manera significativa los resultados a largo plazo. Entre los principales enfoques psicológicos y conductuales para abordar esta patología se encuentran la terapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal, la terapia dialéctica conductual y el tratamiento conductual para la pérdida de peso. Asimismo, tratamientos complementarios, como el Mindfulness, han mostrado resultados prometedores. Además, el tratamiento farmacológico desempeña un papel clave, siendo el topiramato y la lisdexanfetamina los medicamentos de elección en la actualidad.

Referencias

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR* [Internet]. [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Di-%281%29>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
3. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(3):191-203.
4. Ojeda SBC. Las complicaciones médicas del trastorno alimenticio por atracones en «Los panecitos de san Nicolás». *El Palma de la Juventud*. 28 de abril de 2022;4(4):203-19.

5. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the *National Comorbidity Survey Replication*. *Biol Psychiatry*. 1 de febrero de 2007;61(3):348-58.
6. 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. *Biol Psychiatry*. 1 de mayo de 2013;73(9):904-14.
7. Cossrow N, Pawaskar M, Witt EA, Ming EE, Victor TW, Herman BK, et al. Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *J Clin Psychiatry*. agosto de 2016;77(8):e968-974.
8. Herpertz S, Burgmer R, Stang A, de Zwaan M, Wolf AM, Chen-Stute A, et al. Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *J Psychosom Res*. julio de 2006;61(1):95-103.
9. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev*. mayo de 2012;20(3):250-4.
10. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 1 de abril de 2023;177(4):363-72.
11. Zila-Velasque JP, Grados-Espinoza P, Regalado-Rodríguez KM, Luna-Córdova CJ, Calderón GSS, Díaz-Vargas M, et al. Prevalencia y factores del trastorno de conducta alimentaria en estudiantes de medicina humana del Perú en el contexto de la pandemia de covid-19: estudio multicéntrico. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 9 de agosto de 2022 [citado 9 de enero de 2025]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9359929/>
12. EsSalud alerta sobre aumento de casos de trastornos alimentarios en adolescentes desde los 11 años [Internet]. [citado 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/126450-es-salud-alerta-sobre-aumento-de-casos-de-trastornos-alimentarios-en-adolescentes-desde-los-11-años>
13. Baile JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista médica de Chile*. enero de 2014;142(1):128-9.
14. Nagel NE, Garrido-Rubilar G. Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2025];40(4). Disponible en: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/77>
15. Medina-Bordón LM, Mersch-Denis GI, Aguilar-Rabito AC, Acosta Escobar JMM. Factores asociados al trastorno por atracón en adultos con obesidad del microcentro de San Lorenzo, Paraguay. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. agosto de 2022;20(2):48-58.
16. Sanchez Planell L, Fernandez-Valdés Marí R. Trastorno por atracón y obesidad. *Form Contin Nutr Obes*. 2002;5(314-324).
17. Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, Jiménez-Murcia S, Menchón JM, Fernández-Aranda F. A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr*. junio de 2021;35(2):57-67.
18. Himmerich H, Bentley J, Kan C, Treasure J. Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125318814734.
19. Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:589-620.
20. Mitchell KS, Neale MC, Bulik CM, Aggen SH, Kendler KS, Mazzeo SE. Binge eating disorder: a symptom-level investigation of genetic and environmental influences on liability. *Psychol Med*. noviembre de 2010;40(11):1899-906.
21. Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. abril de 2016;63:223-38.
22. Branson R, Potoczna N, Kral JG, Lentes KU, Hoehe MR, Horber FF. Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *N Engl J Med*. 20 de marzo de 2003;348(12):1096-103.
23. Akkermann K, Hiio K, Villa I, Harro J. Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry Res*. 30 de enero de 2011;185(1-2):39-43.
24. Castellini G, Franzago M, Bagnoli S, Lelli L, Balsamo M, Mancini M, et al. Fat mass and obesity-associated gene (FTO) is associated to eating disorders susceptibility and moderates the expression of psychopathological traits. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173560.
25. Thaler L, Steiger H. Eating Disorders and Epigenetics. *Adv Exp Med Biol*. 2017;978:93-103.
26. González Pérez S. Trastorno por atracón [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas]. *Repositorio institucional de la Universidad Pontificia de Comillas*. 2022 [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/61313>
27. Vancampfort D, De Herdt A, Vanderlinden J, Lannoo M, Soundy A, Pieters G, et al. Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 30 de abril de 2014;216(1):97-102.
28. Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res*. septiembre de 2004;12(9):1445-54.
29. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eat Weight Disord*. marzo de 2007;12(1):e19-23.
30. Hedman A, Breithaupt L, Hübel C, Thornton LM, Tillander A, Norring C, et al. Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *J Child Psychol Psychiatry*. julio de 2019;60(7):803-12.
31. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis*. noviembre de 1997;185(11):704-7.
32. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Olsen C, Roza CA, Wolkoff LE, Columbo KM, et al. A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes. *J Abnorm Psychol*. febrero de 2011;120(1):108-18.
33. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*. noviembre de 2001;31(8):1455-66.
34. Algars M, Huang L, Von Holle AF, Peat CM, Thornton LM, Lichtenstein P, et al. Binge eating and menstrual dysfunction. *J Psychosom Res*. 2014;76: 19-22.
35. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 17 de marzo de 2022;8(1):16.
36. Grilo CM. Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2017;78 Suppl 1:20-4.
37. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugden L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. noviembre de 2014;48(11):977-1008.
38. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):167-71.

39. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders [Internet]. Leicester (UK): *British Psychological Society* (UK); 2004 [citado 2 de enero de 2025]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
40. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry*. marzo de 2012;200(3):232-7.
41. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2010;67(1):94-101.
42. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*. agosto de 2012;14(4):432-46.
43. Kenny TE, Carter JC, Safer DL. Dialectical behavior therapy guided self-help for binge-eating disorder. *Eat Disord*. 2020;28(2):202-11.
44. Carter JC, Kenny TE, Singleton C, Van Wijk M, Heath O. Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *Int J Eat Disord*. marzo de 2020;53(3):451-60.
45. Davis H, Attia E. Pharmacotherapy of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. noviembre de 2017;30(6):452-7.
46. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, Keck PE, Rosenthal NR, Karim MR, et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. febrero de 2003;160(2):255-61.
47. McElroy SL, Shapira NA, Arnold LM, Keck PE, Rosenthal NR, Wu SC, et al. Topiramate in the long-term treatment of binge-eating disorder associated with obesity. *J Clin Psychiatry*. noviembre de 2004;65(11):1463-9.
48. Claudino AM, de Oliveira IR, Appolinario JC, Cordás TA, Duchesne M, Sichieri R, et al. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. septiembre de 2007;68(9):1324-32.
49. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev*. mayo de 2016;24(3):223-31.
50. Bello NT, Yeomans BL. Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Opin Drug Saf*. enero de 2018;17(1):17-23.
51. Grilo CM, White MA. Orlistat with behavioral weight loss for obesity with versus without binge eating disorder: Randomized placebo-controlled trial at a community mental health center serving educationally and economically disadvantaged Latino/as. *Behav Res Ther*. marzo de 2013;51(3):167-75.
52. Gaete P. V, López C. C, Gaete P. V, López C. C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*. octubre de 2020;91(5):784-93.