



Universidad de Cantabria

Facultad de Enfermería

Trabajo Fin de Grado

**ABORDAJE TERAPÉUTICO Y
CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN**

**TREATMENT AND NURSING CARE
IN BINGE-EATING DISORDER**

Autora: Diana Condado Seco
Tutora: Irene González Sánchez

Julio 2021

Aviso de responsabilidad de la Universidad de Cantabria

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE:

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Estado actual	4
2.2 Justificación	4
2.3 Objetivos	5
2.4 Metodología	5
2.5 Descripción de los capítulos	5
3. CAPÍTULO I: EL TRASTORNO POR ATRACÓN	6
3.1 Definición y evolución histórica del concepto de trastorno por atracón	6
3.2 Epidemiología	7
3.3 Etiología y factores de riesgo	8
3.4 Comorbilidad del trastorno por atracón	9
3.5 Diagnóstico e instrumentos de evaluación	10
4. CAPÍTULO II: ABORDAJE TERAPÉUTICO.....	12
4.1 Terapia cognitivo-conductual.....	12
4.2 Terapia interpersonal	13
4.3 Mindfulness.....	14
4.4 Dieta y ejercicio	15
4.5 Tratamiento farmacológico.....	17
5. CAPÍTULO III: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.....	19
5.1 Papel de enfermería en el trastorno por atracón.....	19
5.2 Plan de cuidados estandarizado	19
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA	30
8. ANEXOS	33

1. RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales caracterizadas por una alteración de los patrones alimentarios. Dentro de estos se incluye el trastorno por atracón (TPA) que consiste en episodios repetidos de atracones sin realizar conductas compensatorias tras ellos. Es el TCA más prevalente y está asociado a obesidad y a importantes comorbilidades psiquiátricas. Para su abordaje terapéutico se han estudiado diferentes enfoques. Por su mayor eficacia tanto en la reducción de los atracones como de los síntomas asociados a estos, destacan la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. La práctica del mindfulness también ha demostrado disminuir los atracones en el TPA. En cuanto a la dieta y el ejercicio, siempre deben realizarse bajo supervisión profesional para no resultar contraproducentes. Varios fármacos estudiados hasta el momento han resultado eficaces, pero en ningún caso sustituyen la terapia psicológica. La enfermería, por tanto, tiene un amplio campo de actuación en el cuidado de estos pacientes, llevando a cabo diferentes intervenciones (NIC) enfocadas tanto en los cambios de conducta (eliminación de los atracones), en la implantación de una dieta más saludable, como en la mejora de la autoestima o técnicas de reducción de la ansiedad.

Palabras clave: Trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, trastorno por atracón, tratamiento, enfermería y terapia cognitivo-conductual.

ABSTRACT:

Eating disorders (ED) are mental illnesses characterized by an alteration in eating behavior. One of these is the binge eating disorder (BED), which consists of repeated episodes of binge eating without any compensatory behaviors after them. It is the most prevalent ED and it is associated with obesity and significant psychiatric comorbidities. Different approaches have been studied for his treatment. Cognitive behavioral therapy and interpersonal therapy stand out due to their greater efficacy in reducing binge eating and the other symptoms associated with it. Mindfulness practice has also been shown to improve the BED. As for diet and exercise, they should always be done under professional supervision, otherwise it could be counterproductive. Several drugs studied have been shown to be effective, but in any case, could replace psychological therapy. Therefore, nursing has a wide field of action in the care of BED patients, carrying out different nursing interventions (NIC) focused both on behavior changes (elimination of binge eating) or the implementation of a healthier diet, as well as self-esteem improvement or anxiety reduction techniques.

Keywords: Feeding and eating disorders, binge-eating disorder, treatment, nursing care and cognitive behavioral therapy.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Estado actual:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades caracterizadas por una alteración persistente de la conducta relacionada con la ingesta de alimentos (por defecto o por exceso). Esta alteración afecta de manera negativa sobre la salud física, mental y social de aquellas personas que la padecen (1).

Estos trastornos afectan a millones de personas en el mundo. Y debido no solo a su alta prevalencia, sino también a las consecuencias que pueden llegar a tener en quienes lo padecen, se han convertido en un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Los TCA suelen iniciarse en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta y afectan en mayor medida a las mujeres, aunque también afectan a los hombres (1).

En su última edición, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), diferencia tres diagnósticos principales: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el recién incluido trastorno por atracón. El resto de las alteraciones de la conducta alimentaria como la pica o el trastorno por rumiación quedan recogidas bajo el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (2).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios de sobreingesta compulsiva de alimentos (también denominados atracones) que ocurren de manera frecuente. Estas conductas van asociadas a sentimientos de pérdida de control, vergüenza o culpa. Además, en este trastorno no existen conductas compensatorias tras los atracones. Este hecho puede llevar a un aumento del peso y, por tanto, a la aparición de sobrepeso u obesidad (2).

2.2 Justificación:

El trastorno por atracón es el trastorno de la conducta alimentaria más frecuente. Pese a ello, no es incluido como entidad diagnóstica propia hasta las últimas ediciones tanto del DSM (5ª edición) como de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Por ello, aunque actualmente ya se pueden encontrar estudios sobre diferentes aspectos de este trastorno, todavía no hay mucha información disponible sobre la implicación de la enfermera en el mismo, especialmente en España (2).

Además, afecta a un amplio rango de edad ya que, a diferencia de otros TCA, como por ejemplo la anorexia nerviosa que suele aparecer en la adolescencia, el TPA no tiene un rango de edad tan definido. La edad de aparición también suele ser entre la adolescencia e inicios de la edad adulta pero no es infrecuente que aparezca a otras edades más avanzadas. Este trastorno afecta principalmente a mujeres, pero en comparación con otros TCA también afecta a una gran cantidad de hombres (2).

Otro hecho importante del TPA es que debido a su sintomatología suele ir acompañado de sobrepeso u obesidad con los riesgos para la salud que esto conlleva: aparición de hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes mellitus tipo II, etc. Además, socialmente no está tan visibilizado como otros TCA. Cuando se atiende a una persona con un peso elevado no es frecuente plantearse que tenga un problema psicológico de base que esté causando el aumento de peso (2).

A todo esto, se suma el hecho de que este trastorno psicológico se caracteriza por presentar unas altas tasas de comorbilidad psiquiátrica lo que aumenta su gravedad y la dificultad del abordaje terapéutico.

Por todo lo expuesto anteriormente, es necesario revisar qué abordaje es el más adecuado para los pacientes, así como concretar el papel de enfermería dentro del tratamiento.

2.3 Objetivos:

- Objetivo general:
 - Describir los abordajes terapéuticos más eficaces en el tratamiento del trastorno por atracón.

- Objetivos específicos:
 - Exponer según los criterios actuales el trastorno por atracón, sus causas, diagnóstico, tratamiento y evolución.
 - Describir el papel de la enfermería en el cuidado de pacientes con trastorno por atracón a través de la elaboración de un plan de cuidados estandarizado.

2.4 Metodología:

El presente trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliográfica de artículos científicos a través de Google Académico y las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet.

Para realizar la búsqueda se utilizó el vocabulario específico de los descriptores Medical Subject Heading (MeSH): “feeding and eating disorders”, “binge-eating disorder”, “treatment”, “nursing care”, “cognitive behavioral therapy”, y los respectivos Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): “trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos”, “trastorno por atracón”, “tratamiento”, “enfermería” y “terapia cognitivo-conductual”. Para delimitar la búsqueda se usó el operador booleano “AND” entre los descriptores.

De entre los artículos encontrados solo se tuvieron en cuenta aquellos textos en español y en inglés que estuvieran completos. Además, se seleccionaron solo aquellos publicados en los últimos 10 años. De la bibliografía encontrada se excluyeron algunos artículos por no tener acceso gratuito al texto completo o por no aportar información relevante para el trabajo.

2.5 Descripción de los capítulos:

Capítulo 1: En este primer capítulo se realiza una contextualización del trastorno por atracón mediante una descripción del trastorno y su clínica, datos epidemiológicos y los factores que contribuyen a su aparición.

Capítulo 2: En este apartado se explican los diferentes abordajes terapéuticos utilizados en el tratamiento del trastorno por atracón: terapia cognitivo-conductual, terapia intrapersonal, mindfulness, dieta y ejercicio físico y tratamiento farmacológico; y se compara su eficacia en función de la evidencia encontrada.

Capítulo 3: En este último capítulo se aborda el papel de la enfermería en el tratamiento del trastorno por atracón a través del desarrollo de un plan de cuidados estandarizado.

3. CAPÍTULO I: EL TRASTORNO POR ATRACÓN

3.1 Definición y evolución histórica del concepto de trastorno por atracón:

El trastorno por atracón (TPA) forma parte de los denominados trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales se caracterizan por una conducta alterada en relación con la ingesta alimentaria y/o un deseo obsesivo por intentar controlar el aspecto físico y el peso. Esto genera un impacto negativo en la salud y provoca un gran malestar psicológico a aquellas personas que lo padecen (3).

El TPA consiste en la aparición de episodios repetitivos de ingesta compulsiva de alimentos en gran cantidad (atracones) y en un corto periodo de tiempo, sin llevar a cabo medidas compensatorias (como es el caso de la bulimia nerviosa), y tras los cuales aparece malestar psicológico como sentimientos de culpa o vergüenza (4).

En 1951, Hamburger comienza a describir un tipo de hiperfagia dentro de la población obesa caracterizada por un deseo compulsivo e incontrolable de ingerir ciertos alimentos, en especial aquellos con características dulces. Sin embargo, Albert Stunkard es considerado el precursor del TPA al describir por primera vez episodios en los que personas con obesidad consumían gran cantidad de alimentos en poco tiempo, seguido de una sensación de malestar, culpa e intentos de hacer dieta. Albert Stunkard denominó a este fenómeno como “síndrome de alimentación nocturna”.

Este mismo autor acuñó el término *bulimia* en 1980. En la descripción del trastorno incluyó el término atracón, pero sin establecer diferencias entre aquellos individuos que realizaban, con posterioridad, conductas purgativas de los que no. De esta manera quedaban ambos tipos de conducta incluidas bajo esta misma etiqueta. Antes de eso, en 1970, Korhaber observó que gran cantidad de personas con obesidad presentaban 3 síntomas comunes: hiperfagia, malestar emocional y depresión, creando el término “*stuffing syndrome*” (4,5).

En 1987, durante la revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Edición 3 (DSM-III, por sus siglas en inglés), el diagnóstico de bulimia fue modificado y cambiado a bulimia nerviosa, dejando excluidas a aquellas personas que no llevaran a cabo conductas compensatorias tras los atracones (5).

El TPA es referenciado por primera vez en una categoría aparte de la bulimia nerviosa en el DSM-IV. Esto se produjo gracias a los dos estudios multicéntricos de Spitzer y su equipo, cuyos resultados sirvieron para definir las características clínicas del trastorno por atracón y su diferenciación de la bulimia nerviosa. Sin embargo, otros autores consideraron que no había suficiente evidencia científica para que apareciera como identidad diagnóstica propia, quedando finalmente incluido en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. Por ello, en el ya mencionado DSM-IV, el TPA era diagnosticado bajo la etiqueta de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) (2).

Desde entonces, toda la investigación realizada sobre este trastorno indicaba la existencia de grandes diferencias con el resto de los trastornos de la conducta alimentaria. Por ello, el 18 de mayo de 2013, cuando sale la primera versión inglesa del DSM-5, el TPA aparece finalmente como entidad propia. Este se encuentra dentro del capítulo de trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos junto con la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, la pica, el trastorno de rumiación y el trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (2).

De igual modo, en la vigente Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), CIE-10 este trastorno carece de entidad propia, siendo incluido en el apartado de otras alteraciones psicológicas bajo el término *hiperfagia (overeating)*. Sin embargo, en la nueva edición denominada CIE-11, que entrará en vigor a partir del año 2022 ya aparece el diagnóstico trastorno por atracón como entidad propia (6,7).

3.2 Epidemiología:

El trastorno por atracón es el trastorno de la conducta alimentaria más común, por lo que supone un importante problema de salud pública. Sin embargo, la prevalencia del mismo varía de un estudio a otro debido al uso de diferentes criterios diagnósticos y al tipo de muestra evaluada. Según los documentos encontrados, se estima que en España hay una prevalencia de entre el 2,76% y el 5,3% de TCANE, dentro del cual se encontraba el TPA. (8)

En un estudio realizado utilizando la encuesta nacional de la OMS en 14 países de tres continentes diferentes (América, Europa y Oceanía) y con una muestra de más de 24 mil personas mayores de 18 años se observó que la prevalencia del trastorno por atracón es mayor que el de la Bulimia nerviosa (1,9% frente al 1%, respectivamente). Si bien, a través de la National Comorbidity Survey Replication de Estados Unidos, que al igual que el estudio anteriormente nombrado usaba los criterios diagnósticos del DSM-IV, se obtuvo una prevalencia del 2,8% (9,10).

Posteriormente, en la National Health and Wellness Survey de Estados Unidos, utilizando otra muestra poblacional y los criterios diagnósticos del DSM-5 se obtuvo una prevalencia del 2%. En este mismo estudio se observó que la prevalencia del trastorno por atracón en individuos con un elevado Índice de Masa Corporal (IMC) era notablemente elevado: 1,2% para personas con sobrepeso y 2,6% y 4,5% para individuos con un IMC de entre 30 y 35 y mayor de 35 respectivamente. Recientemente, otro estudio muestra como entre el 3,3% y el 5,5% de personas con obesidad sufre TPA (10).

En relación con esto último, los estudios muestran que la presencia de antecedentes familiares de obesidad también influye de manera importante en el desarrollo del TPA, así como, que casi el 29% de pacientes con TPA habían presentado obesidad en la infancia (10).

En cuanto al género, se estima que la prevalencia del trastorno por atracón en mujeres se encuentra entre el 2,1% y el 3,5%, mientras que en hombres está entre el 0,9% y el 2%. Aunque es más común en el sexo femenino, la diferencia de género es menos pronunciada que en la anorexia y la bulimia nerviosa, convirtiéndolo en el trastorno de la conducta alimentaria más frecuente en hombres (2,10).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el TPA suele iniciarse habitualmente en la adolescencia o edad adulta temprana (se estima que sobre los 23,3 años) aunque también puede comenzar en la edad adulta más tardía. Sin embargo, cabe mencionar que también es el TCA más común en adolescentes, estimándose que lo sufre el 1,3% de los adolescentes de Estados Unidos y que la prevalencia tiende a aumentar con el tiempo en ambos sexos (10,12).

En el primer estudio de prevalencia del TPA se observó que lo sufrían el 30,1% de quienes se encontraban en un programa para bajar de peso frente al 2% de la población general. Además, es frecuente en quienes se van a someter a cirugía bariátrica (bypass gástrico), aunque las cifras de prevalencia varían ampliamente de un artículo a otro (4,11).

Por último, se estima que la persistencia del trastorno por atracón suele ser de 4,3 años siendo ligeramente más breve que otros TCA como, por ejemplo, la bulimia nerviosa (6,5 años) (11).

3.3 Etiología y factores de riesgo:

En el primer estudio realizado para analizar los factores de riesgo en el desarrollo del trastorno por atracón (1998) se identificaron una serie de elementos comunes como una autoevaluación y autopercepción negativa, autoagresiones, la existencia de antecedentes de depresión en los progenitores, experiencias infantiles adversas y traumas, obesidad infantil y la repetida exposición a comentarios negativos por parte de la familia y de terceros hacia su aspecto físico y su peso. Esto último, es un elemento significativo y diferenciador en relación con personas que sufren otras patologías psicológicas (11).

Más adelante, se creó un modelo transdiagnóstico en el que se describen los diferentes factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de un TCA. Por un lado, se plantean las características centrales y comunes de un TCA y, por otro lado, aquellas que, aunque no siempre aparecen, es importante tener en cuenta para su abordaje (11).

Uno de los aspectos característicos de los TCA, y por ende del TPA, es la autovaloración negativa y disfuncional que realizan estas personas sobre sí mismas. Se autojuzgan y basan todo su valor individual en su peso, figura corporal y hábitos alimentarios. Por ello, las personas con este trastorno, suelen presentar una alta insatisfacción corporal y tienden a comprobar constantemente las partes de su cuerpo que les desagradan (10,11).

Los atracones están fuertemente relacionados con este aspecto. Para intentar controlar su figura y peso, y mejorar aquellos aspectos físicos que le generan malestar, tienden a crear pautas rígidas de alimentación y a restringir o prohibir ciertos grupos de alimentos. La imposibilidad de cumplir las estrictas pautas autoimpuestas los lleva a un descontrol total con la alimentación (mentalidad del todo-nada) (11).

Los atracones también son usados por los individuos como estrategia de afrontamiento ante un malestar emocional. Usar la comida como regulador emocional puede generar una sensación positiva a corto plazo, lo que hace que este patrón de comportamiento se mantenga en el tiempo. Sin embargo, posteriormente se produce un efecto negativo en la persona con la aparición de los sentimientos de culpa o vergüenza. Cabe destacar que numerosos estudios sugieren que la relación entre el uso de comida como regulador emocional y el TPA es bidireccional, es decir, el malestar emocional precede a los episodios de sobre-ingesta y ésta, posteriormente aumenta los sentimientos negativos, generando un círculo vicioso (10,11).

Además, algunos estudios realizados con personas que sufren TPA han relacionado estos patrones de comportamiento con una menor capacidad de autocontrol y perseverancia, y con una elevada tendencia a evitar cualquier tipo de estrés o malestar emocional (10).

Otro elemento que aparece con frecuencia en personas con TPA es el perfeccionismo clínico. Es decir, suelen ser personas autoexigentes que sobrevaloran el logro y se crean metas y normas a seguir muy estrictas, y en ocasiones inalcanzables. A parte, pueden presentar una autoestima global negativa y no solo en relación con su aspecto físico. En algunos casos, también pueden presentarse dificultades interpersonales, que pueden llevar a agravar los problemas de autoestima (11).

En el trastorno por atracón, al igual que en el resto de TCA, juegan un papel muy importante la cultura de la dieta y la exposición a los medios de comunicación y redes sociales. Aunque ahora está empezando a haber una mayor diversidad de cuerpos, lo habitual es que los y las modelos, los actores y actrices, los “influencers” y las personas consideradas de éxito se vean delgadas. La comparación con estos tipos de cuerpos aumenta la insatisfacción corporal. Socialmente está muy arraigado el pensamiento de que la delgadez es sinónimo de éxito y felicidad. Por el contrario, tener un peso más elevado o un cuerpo no normativo se asocia con el fracaso, no solo estético, sino también moral. Es decir, las personas con sobrepeso suelen ser discriminadas socialmente y se les atribuye ciertas características de manera errónea, como que son vagas y poco inteligentes. Internalizar estos pensamientos puede llevar a las personas con obesidad a sufrir más atracones (11).

Así mismo, el deseo de encajar socialmente y tener un cuerpo normativo no solo afecta a la población con sobrepeso. Las personas que encajan en el canon de belleza no quieren perder su “estatus” por lo que también pueden desarrollar insatisfacción corporal y miedo a ganar peso que como ya se ha comentado predispone a la aparición del TPA. Esto es porque, como queda ampliamente demostrado, llevar a cabo cualquier tipo de dieta es el mayor factor de riesgo conductual para la aparición del trastorno por atracón (10,11).

En cuanto a los factores genéticos que influyen en el desarrollo del TPA, no hay una evidencia sólida. Estudios recientes sugieren que podría ser moderadamente hereditario. Sin embargo, tendrían que existir también interacciones con factores de riesgo ambientales. Otros estudios muestran una relación entre el TPA y la alteración del sistema dopaminérgico (relacionado con la recompensa) y el sistema opioide (responsable de la respuesta hedónica relacionada con la comida) ya que contribuyen a los procesos de impulsividad-compulsividad y a los relacionados con los sistemas de recompensa (10).

Las dinámicas familiares suelen ser un factor relevante en la aparición del TPA, describiéndose principalmente padres con altas demandas de perfeccionismo sobre sus hijos y comportamientos controladores, además de comentarios negativos sobre su cuerpo y forma de comer. También se ha relacionado este trastorno con antecedentes de depresión o ansiedad en los progenitores. Así mismo, hechos traumáticos en la infancia como el divorcio de los padres o abusos físicos o sexuales también aumentan el riesgo de desarrollar TPA (10).

Por último, y como ya se ha mencionado anteriormente, la obesidad está muy relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, siendo ésta un factor de riesgo para su desarrollo. Sin embargo, el TPA supone a su vez un riesgo de obesidad (10).

Todos estos hallazgos refuerzan la idea de que el trastorno por atracón es una patología altamente compleja resultado de la interacción de numerosos factores de riesgo, tanto individuales como ambientales.

3.4 Comorbilidad del trastorno por atracón:

La comorbilidad psiquiátrica es un hecho frecuente en quienes sufren trastorno por atracón. Según Grilo, el 67% de los pacientes con TPA habían padecido al menos una patología psiquiátrica anterior durante su vida; y el 37% tenía al menos un trastorno psiquiátrico junto con el TPA. Los estudios también indican que quienes iniciaron el TPA en la infancia presentan mayor tasa de comorbilidad que aquellos que desarrollaron el trastorno en la edad adulta (10).

Los trastornos más frecuentemente observados en estos pacientes son los de ansiedad y de alteración del estado anímico como la depresión. También se han registrado otros como el trastorno bipolar (10).

Debido a que el TPA está relacionado con el control de impulsos también hay numerosos pacientes que sufren problemas de adicción, tanto de alcohol y otras sustancias como problemas con el juego o compras compulsivas (10).

Así mismo, se han encontrado casos de pacientes de TPA con trastornos de la personalidad comórbidos como el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de personalidad por evitación o el trastorno límite de la personalidad. Adicionalmente, en algunos casos también se cumplen los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (10).

Una de las comorbilidades más importantes a tener en cuenta desde el punto de vista sanitario es la frecuente obesidad que sufren estos pacientes debido a la sobreingesta calórica. Un elevado peso reduce la calidad de vida y está asociado al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y otras muchas enfermedades cardiovasculares. Si bien es un hecho frecuente, hay que recordar que no todas las personas que sufren TPA tienen sobrepeso u obesidad ni todas las personas con obesidad padecen TPA (10).

3.5 Diagnóstico e instrumentos de evaluación:

Según el DSM-5, un atracón es definido por comer grandes cantidades de comida en un determinado periodo de tiempo, siendo esta cantidad mayor a la que comerían otras personas en un periodo similar y bajo circunstancias parecidas. Además, los atracones van acompañados de sensación de descontrol (11).

Para el diagnóstico del TPA, los atracones deben producirse al menos una vez a la semana durante un periodo de 3 meses. Durante los mismos deben presentarse al menos tres de los siguientes criterios: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer sin sentir hambre, comer solo debido a la vergüenza y/o sentir emociones desagradables y negativas sobre uno mismo tras la ingesta. Es decir, los atracones generan un malestar intenso en la persona que los sufre (2) (ver anexo 1).

Además, para diferenciarlo de otros TCA como la bulimia nerviosa, el paciente no debe referir el uso de estrategias compensatorias inapropiadas de manera regular tras los atracones (2, 12) (ver anexo 2).

Para ayudarse en el diagnóstico del TPA, que está basado en la entrevista clínica, se puede usar la llamada Eating Disorder Assessment for DSM-5, una entrevista semiestructurada y centrada en el diagnóstico de los TCA bajo los criterios del DSM-5 (13).

Además, existen una serie de herramientas específicas para la evaluación de los TCA como las recomendadas por National Human Genome Research Institute y el National Institute of Health de Estados Unidos. Uno de los cuestionarios más utilizados es el Eating Disorder Examination (EDE) en su Edición actual nº 17. Derivada de la cual está el Cuestionario Examen de TCA (EDE-Q) que contiene tres subescalas para la evaluación de un TCA (restricción, preocupación por el peso y por la figura) (3,13).

Los estudios muestran que junto al EDE, el Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP) también es efectivo para identificar pacientes con TPA. Este auto-cuestionario proporciona

información sobre diversos criterios relacionados con un trastorno alimentario, dieta e historial sobre los cambios de peso.

Otro cuestionario que puede ser de utilidad para el diagnóstico del TPA a pesar de que originalmente fue creado para evaluar la anorexia y la bulimia, es el SCOFF Questionnaire. Consta de 5 preguntas que identifican fácilmente conductas problemáticas relacionados con la conducta alimentaria (14).

También existen otros cuestionarios como la Eating Attitudes Test (EAT), test que evalúa conductas alimentarias anómalas y se usa como prueba de cribado de TCA. El cuestionario de actitud corporal (BAT) y el cuestionario sobre forma corporal (BSQ) aportan información relevante. El primero evalúa la visión subjetiva que tiene el individuo de su imagen corporal y la alteración de la actitud hacia el cuerpo; y el segundo la insatisfacción corporal, el miedo a engordar, la auto desvalorización por la apariencia física, el deseo de perder peso y la evitación de situaciones públicas en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los demás (3).

Por otro lado existe también la Eating Disorder Screen for Primary Care. Una prueba de cribado de TCA diseñada para detectar pautas problemáticas de alimentación de manera rápida en atención primaria. Una escala que también es usada en el TPA es la Eating Loss of Control Scale que como su propio nombre indica, evalúa el sentimiento de pérdida de control en relación con la comida (13).

Centrados en el diagnóstico del TPA se han creado algunos cuestionarios como la Binge Eating Scale (BES), un auto-cuestionario de 16 ítems que evalúa componentes afectivos, actitudinales y de comportamiento de la experiencia subjetiva respecto al TPA. También, cabe mencionar la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Binge Eating (YBOCS-BE). Esta escala de 10 ítems derivada de la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, mide los pensamientos obsesivos sobre atracones y el grado de impulsividad de dichos atracones (13).

Otro centrado en el TPA es el Binge Eating Disorder Screener-7. Esta herramienta sirve para ayudar a identificar quienes probablemente presentan TPA de quienes simplemente comen en exceso, pero no es suficiente para realizar un diagnóstico (14).

4. CAPÍTULO II: ABORDAJE TERAPÉUTICO

4.1 Terapia cognitivo-conductual:

La terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección para el TPA. Este enfoque fue adaptado del tratamiento diseñado por Fairburn para la bulimia nerviosa. Se fundamenta en las actitudes y cogniciones que realiza la persona con respecto a la importancia del peso y la forma corporal y que influyen en la autoestima y la autopercepción. Estas creencias llevan a una dieta desadaptativa y restrictiva que da lugar a la aparición de atracones (12,15).

El tratamiento puede dividirse en tres fases. Su duración varía dependiendo del autor, pero suele ser efectivo con una sesión de una hora semanal durante entre 12 y 24 semanas (15).

El primer paso consistiría en crear una relación terapéutica con el paciente, educándole sobre el TPA y explicándole en que consiste la terapia cognitivo-conductual y el plan de actuación. Junto con el paciente se discuten y se identifican todos los factores que mantienen el problema y los patrones alimentarios. Para ello, se recurre a los auto-registros, donde el paciente realiza un registro de todas las ingestas diarias, los atracones y las emociones o circunstancias en las que se encontraba en esos momentos. Esto permite observar patrones de conducta sobre los que se puede actuar. En esta fase también se establecen pautas de alimentación regulares. Normalmente la ingesta diaria se divide en tres comidas principales y dos snacks. Al disminuir el tiempo entre comidas, también se reduce el hambre y la ansiedad, y por tanto, disminuyen los atracones. Cuando la alimentación se vuelve más regular se pasa a aumentar la variedad, introduciendo paulatinamente aquellos alimentos que el paciente evita o considera "prohibidos". Como estos pacientes suelen tener el deseo de bajar de peso hay que asegurarse de que cuando se establezcan los nuevos patrones alimentarios no aparezcan conductas restrictivas (15,16).

El siguiente paso es la denominada reestructuración cognitiva. Este proceso consiste en enseñar al paciente a identificar y enfrentarse a los pensamientos negativos que tiene sobre su imagen corporal o peso, a los problemas de relaciones interpersonales y a las situaciones de estrés que pueden desencadenar los atracones. Se trata de reducir la sobre importancia que confieren a la imagen, así como eliminar la evitación de ciertas actividades debido a la insatisfacción corporal (15,16).

Durante las últimas sesiones de tratamiento se revisaría el progreso, manteniendo la alimentación estructurada y consolidando las nuevas técnicas cognitivas aprendidas. Además, se ayuda al paciente a crear estrategias para evitar y/o lidiar con posibles recaídas. Durante todo el proceso se va evaluando el progreso del paciente para poder realizar los ajustes necesarios en el tratamiento (15,16).

Un elemento característico de este tipo de terapia es la presencia de tareas a realizar en casa por el paciente. Esto se ha relacionado con una mayor eficacia del tratamiento, no solo frente a otros abordajes terapéuticos, sino también frente a la propia terapia cognitivo-conductual sin estas tareas (17).

En un meta-análisis realizado por G. Spielmans se observó que la terapia cognitivo-conductual era significativamente efectiva como tratamiento para el TPA. Los resultados en cuanto a la remisión de los atracones, la autoestima y el ajuste de la adaptación social son muy similares a los encontrados en la terapia interpersonal (12,17,18).

La terapia cognitivo-conductual requiere de un profesional entrenado en este tipo de tratamiento. Además, el paciente debe tener acceso a terapia y debe poder acudir a ella regularmente. Como esto no es siempre posible se desarrollaron en Estados Unidos unas guías de autoayuda basadas en la evidencia científica que se combinan con un pequeño número de sesiones con un terapeuta. Un ejemplo sería la desarrollada por Fairburn denominada "Overcoming Binge Eating" o su versión traducida al español "La superación de los atracones de comida". Estos manuales contienen información acerca del trastorno, e incluye instrucciones paso a paso del tratamiento para que los pacientes las pongan en práctica por su cuenta. Los estudios parecen indicar que estas guías son eficaces en la recuperación del trastorno por atracón. En el estudio realizado por Wilson y su equipo compararon las auto-guías cognitivo-conductuales (usando la de Fairburn), la psicoterapia interpersonal y la terapia conductual para disminuir los atracones y adelgazar. Los resultados mostraron que tras el tratamiento los resultados eran similares, pero tras dos años solo la terapia interpersonal y el tratamiento con auto-guías cognitivo-conductuales mantuvieron su éxito en el cese de los atracones. Sin embargo, se necesitan más estudios que determinen la equivalencia de resultados entre la terapia cognitivo-conductual dirigida por un terapeuta entrenado y las guías de autoayuda (15,19,20).

Como ya se ha comentado, estas guías de autoayuda pueden ser útiles como primer abordaje para aquellos que no puedan tener acceso a terapia o no se atreven a acudir debido a los sentimientos de vergüenza que suelen acompañar a este trastorno. Sin embargo, al no estar dirigido por un profesional sanitario presenta limitaciones y no en todos los casos es efectivo. En estos casos, se podría seguir con el modelo de autoayuda, pero guiada y supervisada por un profesional. El siguiente paso sería realizar terapia cognitivo-conductual o probar otros enfoques como la terapia interpersonal o la introducción de fármacos en el tratamiento (12).

En un pequeño estudio de caso único realizado en España, se aplicó la terapia cognitivo-conductual para tratar el trastorno por atracón en una mujer de 19 años con obesidad. Tras 12 sesiones de terapia siguiendo este enfoque de trabajo se consiguió una disminución de los atracones, una creación de hábitos de vida saludables, una mejora de la autoestima y una mejora de las estrategias de regulación emocional y de enfrentamiento a situaciones desagradables (21).

4.2 Terapia interpersonal:

La terapia interpersonal fue desarrollada por Klerman y su equipo como un tratamiento breve para pacientes con depresión. Este abordaje está basado en las teorías interpersonales de Sullivan, Bowlby y Meyer, que sugieren que las relaciones interpersonales son fundamentales para estar mentalmente saludable. Posteriormente este abordaje se adaptó al tratamiento de la bulimia nerviosa, y finalmente, se reformó como terapia grupal para pacientes con trastorno por atracón (15,22,23).

La aplicación de la terapia interpersonal en el tratamiento del TPA se basa en la creencia de que los cambios en el rol social y los problemas interpersonales causan baja autoestima, disforia y estados de ánimo adversos que conducen a los atracones. A su vez los atracones y resto de síntomas del TPA dificultan las relaciones sociales perpetuando el ciclo. Mediante esta terapia se potencian las relaciones sociales y se crean estrategias más adaptativas que el atracón para abordar los problemas interpersonales. Esto tiene sentido si se tiene en cuenta que a menudo este trastorno se inicia en la adolescencia, un momento vital caracterizado por dificultades interpersonales y de madurez que si se mantienen en el tiempo pueden llevar a desencadenar estilos de relaciones personales disfuncionales que, a su vez, pueden desembocar en depresión,

ansiedad y/o conductas impulsivas con la comida. Por lo tanto, aunque su enfoque no está centrado en la alimentación tiene como foco una de las áreas que crean malestar en los pacientes con TPA (22,24).

La terapia interpersonal suele organizarse en 3 fases y tiene una duración de entre 6 y 20 sesiones. La primera fase o fase inicial se centra en evaluar los síntomas e historia interpersonal del paciente. Además, se explica el diagnóstico y se discuten las expectativas y enfoque del tratamiento. El psicoterapeuta evalúa las áreas problemáticas que mantienen el trastorno y sobre las que se va a trabajar posteriormente. Para ello, primero se realiza una descripción detallada de la historia interpersonal del paciente (relaciones sociales anteriores, personas importantes en la vida del paciente, apoyos sociales actuales como la familia o los amigos, pérdidas recientes o situaciones conflictivas, etc.). Posteriormente con la información recabada se realiza la formulación del caso donde se observan las áreas problemáticas y se crean estrategias de abordaje junto con el paciente. Además, como en cualquier enfoque psicológico es fundamental desarrollar una buena relación terapéutica y brindar esperanza al paciente en la posibilidad recuperación total (23).

En la fase intermedia, se realiza una evolución semanal de los síntomas relacionados con el trastorno alimentario. El terapeuta debe mantener al paciente centrado en el trabajo de las áreas problemáticas para lograr los objetivos establecidos (23).

La fase final debe ser acordada con el paciente ya que este debe estar listo para dejar la terapia. Se revisan los logros del paciente creando así un sentimiento de logro. Además, se crean metas y planes futuros para seguir trabajando las relaciones interpersonales incluso después de finalizar la terapia. Por último, se identifican, junto con el paciente, posibles signos y advertencias de recaídas y se enseñan técnicas para evitarlas (23).

Varios estudios han encontrado apoyo empírico en este modelo para el tratamiento del TPA, consiguiendo una remisión de los atracones de entre el 50-60% mantenido durante 24 y 48 meses de seguimiento. Wilfley y su equipo evaluaron su eficacia comparándolo con la terapia cognitivo-conductual. Ambos tratamientos mostraron ser eficaces en la reducción de los atracones, manteniéndose estos resultados a los 6 y 12 meses de seguimiento. Por ello, en el momento actual, tanto la terapia cognitivo-conductual como la terapia interpersonal son considerados los tratamientos más eficaces para el TPA (12,23).

4.3 Mindfulness:

Las intervenciones basadas en el mindfulness están pensadas para disminuir el estrés y mejorar el bienestar. El mindfulness puede ser definido como un estado de atención plena, sin juicios, al momento presente y una aceptación de esa experiencia. Esta atención y conciencia del momento presente permite reemplazar los pensamientos y acciones automáticas por respuestas conscientes y más saludables (25,26).

El uso de esta práctica en el trastorno por atracón se debe a que estos no solo surgen por un intento de restricción calórica, sino que la ingesta excesiva de alimentos, generalmente hiperpalatables (alimentos que por su combinación de grasa, sodio, azúcar y carbohidratos activan los circuitos neuronales de recompensa cerebral y los mecanismos de control de la saciedad), puede surgir como forma de regulación emocional o evitación de sensaciones u emociones desagradables. El mindfulness permite a la persona ser consciente de las emociones internas y facilita la habilidad de regularlas de manera adaptativa, así como manejar las situaciones estresantes. Además, facilita la aceptación personal, la flexibilidad cognitiva y la

compasión hacia uno mismo. Los estudios demuestran que las intervenciones basadas en el mindfulness reducen de manera significativa los episodios de atracones. También se ha observado una mejoría en la reducción del hambre emocional. Por otro lado, no hay evidencia de pérdida de peso usando el mindfulness como herramienta principal (25).

En los estudios realizados se observa que incluir el mindfulness en la terapia ayuda a reducir el número de atracones y también es efectivo en la disminución del hambre emocional. Cabe destacar que, a la hora de examinar su impacto en la terapia, hay que tener en cuenta cuánto se enfatiza esta práctica dentro del conjunto del tratamiento. Por ejemplo, en algunos abordajes el mindfulness solo se usa en una pequeña proporción como herramienta para regular emociones. Sin embargo, se han creado enfoques en los que este enfoque tiene un papel principal como son el entrenamiento en alimentación consciente con mindfulness, el programa de reducción de estrés basado en el mindfulness o la terapia cognitivo-conductual combinada con el mindfulness (25).

En un meta-análisis se revisó la eficacia de la aplicación del mindfulness en el TPA, concluyendo que estas intervenciones tienen un efecto positivo en el trastorno por atracón cuando se aplican junto con una terapia psicológica de base (26).

Varios de los estudios utilizados en el meta-análisis utilizaban un abordaje basado en la terapia cognitivo-conductual incorporando ejercicios de mindfulness. Otros estudios adaptaron un programa de reducción de estrés basado en el mindfulness. Las intervenciones de este programa consistían en la práctica de meditación, ejercicios de respiración consciente y escáner corporal y en el yoga. Varios estudios usan adaptaciones de este sistema enfocándolo más hacia la alimentación consciente. Existe una adaptación de este método centrada en el TPA, que es el entrenamiento en alimentación consciente basado en el mindfulness. Mejora la respuesta emocional, las señales de hambre y saciedad, la elección consciente de alimentos y la aceptación personal. Así mismo, otros usaron la Terapia dialéctico conductual adaptada al TPA. Los puntos principales de este enfoque incluyen el desarrollo de habilidades de atención plena, identificación y regularización de emociones y desarrollo de tolerancia al estrés (26).

Por último, en los que incluyeron la terapia de aceptación y compromiso se observó una gran variabilidad de contenido en terapia, aunque en general se usó el mindfulness para aprender a tolerar sensaciones desagradables (26).

4.4 Dieta y ejercicio:

El trastorno por atracón está frecuentemente relacionado con la obesidad, ya que quienes lo sufren suelen tener un patrón alimentario desadaptativo que los lleva a ingerir una alta cantidad de alimentos hipercalóricos. Debido a esto, se adaptó para el tratamiento del TPA un enfoque ya usado en el abordaje de la obesidad, la denominada terapia conductual de pérdida de peso (behavioral weight loss therapy, en inglés). Este se caracteriza por incluir un estructurado abordaje conductual del estilo de vida mediante el cual los pacientes aumentan su actividad física y estructuran sus patrones alimentarios (15,24).

Como ya se ha comentado con anterioridad el peso corporal elevado afecta de manera negativa a la autoestima y al estado de ánimo, aumentando la vulnerabilidad a los atracones. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a menudo estos episodios están desencadenados por una restricción calórica excesiva. Por todo ello, en las pautas dietéticas dicha restricción debe ser moderada para evitar empeorar el TPA (24).

Se recomienda realizar una planificación nutricional junto con el paciente para que este pueda alcanzar mayor control y estabilidad sobre su alimentación. Así mismo, no se debería prohibir completamente ningún grupo de alimentos, sino que se enseñaría a moderar su consumo en función de las necesidades individuales. El ejercicio físico es otro pilar importante de la terapia ya que ayuda a controlar el peso y mejora el estado mental. Sin embargo, debido a las características del TPA, el ejercicio debe ser implementado progresivamente y, al igual que la dieta, bajo supervisión estrecha (24).

En internet se pueden encontrar protocolos de actuación de este enfoque terapéutico, muchos de ellos de dominio público. Por ejemplo, el Instituto Nacional del Programa de Prevención de Diabetes de Estados Unidos cuenta con una guía estructurada para médicos y pacientes que sufren TPA, así como recursos online (15).

En algunos estudios, esta terapia ha mostrado ser tan útil como la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal a corto plazo, sobre todo en lo referente a la pérdida de peso. Sin embargo, a largo plazo parece ser menos efectiva y la diferencia en la disminución de la masa corporal con respecto a la terapia cognitivo-conductual o intrapersonal deja de ser significativa. Además, las tasas de abandono parecen ser mayores que en otras psicoterapias (15).

Recientemente se ha diseñado otro programa centrado en la dieta y el ejercicio para pacientes con TPA y obesidad, denominado PED-t (siglas en inglés de ejercicio físico guiado y terapia dietética). Las intervenciones están dirigidas a restablecer rutinas de alimentación y ejercicio saludable, cambiando las ideas sobre el cuerpo, y poniendo el foco en la funcionalidad corporal por encima de la imagen (27).

Este programa es llevado a cabo por entrenadores personales y dietistas titulados. El programa de ejercicio consiste en tres sesiones semanales de entre 40 y 60 minutos de duración. En dos de estas sesiones se realizan ejercicios de resistencia. Este tipo de ejercicios han demostrado mejorar el metabolismo, la densidad ósea y aumentar la masa muscular. Además, la posibilidad de ir mejorando la resistencia y la técnica de los ejercicios mejora la experiencia. En general, el entrenamiento de fuerza tiene el potencial de mejorar la imagen corporal y el autoconcepto (27).

La tercera sesión de ejercicio semanal consiste en entrenamiento a intervalos, es decir, intervalos de alta intensidad (por ejemplo, correr) seguidos de periodos de recuperación activos (por ejemplo, plancha-abdominal). Este tipo de entrenamiento mejora la capacidad cardiovascular (27).

Hacia la mitad del programa se añade una cuarta sesión de ejercicio semanal que sirve para enseñar otras formas de entrenamiento que los pacientes puedan disfrutar como entrenamiento de suspensión con TRX ("Total body Resistance eXercise"), clases de spinning o sesiones de entrenamiento inspiradas en el combate (27).

En cuanto a la dieta, se trata de restablecer rutinas de alimentación saludables. Para ello, se dan clases semanales sobre diferentes temas nutricionales y experiencias personales que se comparten en grupo. Además, los pacientes deben realizar un registro de comidas e ir trabajando en tareas individuales como introducir nuevos alimentos, mejorar la calidad nutricional de las comidas, etc (27).

En líneas generales, el abordaje nutricional debe enfocarse en enseñar a elegir correctamente los alimentos más nutritivos y saciantes con menor densidad calórica y a controlar las cantidades consumidas. Se trata de fomentar cambios a largo plazo para lograr mantener un peso

saludable. Esto se logra con la incorporación a la vida diaria de ejercicio físico que el paciente pueda realizar y disfrute y con la creación de hábitos alimentarios más saludables (3).

4.5 Tratamiento farmacológico:

En casos moderados y severos del TPA puede valorarse el uso de tratamiento farmacológico junto con la terapia psicológica. Debido a la sintomatología del TPA se ha valorado la utilización de fármacos ya usados previamente en otros trastornos psicológicos.

Por ello, antidepresivos, antiepilépticos, fármacos para la pérdida de peso, así como medicamentos usados para tratar el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) han sido estudiados en ensayos aleatorios controlados con placebo, resultandos útiles en la mejora del TPA (9).

Desde 2015, el único fármaco aprobado como tratamiento específico en adultos con TPA moderado o severo es la lisdexanfetamina, un estimulante del sistema nervioso central y pro-fármaco de la dextroanfetamina y otras anfetaminas, que facilita la neurotransmisión de la dopamina y la norepinefrina al bloquear su recaptación en la neurona presináptica y aumentando su liberación en el espacio extraneuronal (19,28).

Este fármaco era ya utilizado desde 2007 para el tratamiento del TDAH en niños y adultos. La idea de usarlo también en el TPA se debe a que ambos procesos tienen en común ciertas características psicopatológicas, como la impulsividad. Además, la dopamina y la norepinefrina están asociadas a la conducta alimentaria y al sistema de recompensa. Los episodios de atracones que generalmente incluyen alimentos hiperpalatables estimulan el sistema dopaminérgico. La lisdexanfetamina reduciría los atracones mediante la normalización de la actividad dopaminérgica. Además, se observó como efectos adversos en pacientes con TDAH la pérdida de apetito y peso, lo cual puede ser útil en pacientes con TPA y obesidad (28).

Tras tres estudios aleatorizados controlados con placebo realizados en adultos con TPA con una duración de 12 semanas, se observó que dosis de 50 mg o 70 mg de lisdexanfetamina reducían los síntomas y las características obsesivo-compulsivas de los atracones. En cuanto a los efectos adversos notificados se incluye insomnio, sequedad de boca, diarrea, náuseas, ansiedad, anorexia, sensación de nerviosismo, agitación, aumento de la presión arterial, hiperhidrosis, inquietud y la ya mencionada disminución del apetito y del peso. En posteriores estudios para determinar la seguridad y eficacia del uso de la lisdexanfetamina a largo plazo, los resultados en cuanto a efectos adversos y eficacia fueron similares a los previos estudios realizados (28).

Por lo tanto, aunque la lisdexanfetamina resulta un tratamiento adecuado en el TPA, debido a los posibles efectos adversos y al riesgo de abuso o dependencia, su uso está contraindicado en pacientes con TPA que de manera comórbida presentan trastorno bipolar, historia de abuso de alcohol u otras sustancias y pacientes con hipertensión mal controlada u otras enfermedades cardiovasculares (28).

Otro tipo de fármacos comúnmente utilizados en el tratamiento del TPA son los antidepresivos. Estos han demostrado disminuir los atracones en la bulimia nerviosa y son efectivos en la mayoría de los trastornos psicológicos que se dan de manera simultánea en el TPA como la depresión, la ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo-compulsivo. Además, actúan sobre los neurotransmisores que se cree que influyen en el TPA como la dopamina y la noradrenalina (28).

En un meta-análisis llevado a cabo por Stefano y su equipo en el que comparaban 7 estudios controlados con placebo se demostró que los síntomas depresivos del TPA mejoraban, aunque no había diferencia en la pérdida de peso o en la frecuencia de los atracones. (15)

Otro meta-análisis llevado a cabo por Guerdjikova y su equipo en pacientes con TPA y trastorno depresivo demostró que en aquellos tratados con duloxetina se disminuye el número y frecuencia de los atracones, el peso corporal y la severidad tanto del TPA como de la depresión (28,29).

Otros antidepresivos muy estudiados debido a su uso en el tratamiento de la bulimia nerviosa, son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina. Sin embargo, en los estudios realizados comparando la eficacia de la terapia cognitivo-conductual frente a este fármaco indican que la terapia psicológica es más eficaz que el tratamiento farmacológico en el TPA. Lo mismo ocurre con el bupropión. Este antidepresivo está relacionado con la pérdida de peso, pero no se observó mejoría en pacientes con TPA (28,29).

Pese a esto, no hay datos de su eficacia farmacológica en el tratamiento del TPA a largo plazo y los antidepresivos no son más eficaces, en ningún caso, que la terapia psicológica (29).

Al igual que con los antidepresivos, los antiepilépticos se han estudiado con relación al TPA por usarse en otros trastornos psicológicos cuyos síntomas pueden aparecer también en este. Los antiepilépticos actúan sobre los péptidos y sistemas neurotransmisores que están relacionados con el apetito, los antojos y otros comportamientos alimentarios. Además, se ha visto que algunos antiepilépticos disminuyen el peso corporal. Los antiepilépticos que han demostrado ser eficaces en el TPA son el topiramato y la zonisamida (28,29).

Tanto en un primer estudio aleatorizado controlado con placebo de 14 semanas y 61 participantes obesos con TPA como en un segundo estudio de las mismas características, pero de 16 semanas de duración y con 407 participantes se observó una importante reducción del número de atracones semanales, pérdida de peso y, en general, una disminución de los síntomas del TPA (28,29).

En otro estudio, llevado a cabo por Claudino y su equipo comprobaron que, a diferencia de lo que ocurre con los antidepresivos, cuando se combina el topiramato con la terapia cognitivo-conductual se aumenta la pérdida de peso y se disminuyen los atracones. Sin embargo, su uso está limitado por los frecuentes efectos adversos, entre los que se encuentran parestesias, infección del tracto respiratorio superior, somnolencia, náuseas, alteración del gusto, sequedad de boca, dolor de cabeza y confusión. Sin embargo, se ha visto que puede ser una opción en aquellos pacientes con TPA y abuso de sustancias (28,29).

Por otro lado, aunque la zonisamida también ha mostrado una disminución de los síntomas del TPA y los atracones, en los estudios realizados se ha observado una mala tolerancia a la misma, por lo que no se recomienda su uso (28,29).

El TPA y la obesidad están muy relacionados, por lo que también se ha estudiado si fármacos usados contra la obesidad son también útiles en este trastorno. Uno de estos fármacos es el orlistat, que actúa inhibiendo parcialmente la absorción de grasas en la dieta. Los estudios realizados hasta el momento muestran que la monoterapia con este fármaco no es efectiva, pero puede ser útil en combinación con la terapia cognitivo-conductual para perder peso (28,29).

5. CAPÍTULO III: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

5.1 Papel de enfermería en el trastorno por atracón:

Al igual que con el resto de TCA, el tratamiento del TPA debe ser multidisciplinario y adaptarse de la manera más completa posible a las características del paciente, a sus síntomas y a las posibles comorbilidades físicas y psicológicas (24).

Dentro del equipo multidisciplinar, podemos encontrar psiquiatras, psicólogos, médicos de familia, endocrinos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales y enfermeros. Entre estos, generalmente es el psiquiatra quien establece las pautas generales del abordaje y coordina toda la atención. El equipo de enfermería tiene un importante rol en todo aquello relacionado con la psicoeducación y educación en hábitos saludables. No se ha encontrado información concreta del abordaje enfermero en el tratamiento del TPA, pero debido a las características del paciente con TPA y a su abordaje terapéutico, sumado a las frecuentes comorbilidades, enfermería tiene un papel activo tanto en su prevención como en el tratamiento (3).

En el tratamiento del TPA, el objetivo principal es lograr una eliminación completa de los atracones, después o como consecuencia de esto, conseguir una pérdida de peso sostenible. Para ello, como ya se ha comentado, ha de enfocarse en la modificación de los pensamientos y conductas dañinas como son los atracones, pero también es importante la educación en alimentación y estilos de vida saludable o el entrenamiento en habilidades para lidiar con los conflictos y emociones negativas. Durante todo el proceso no hay que olvidar mantener la motivación y confianza en la recuperación para evitar el abandono terapéutico que suele ser frecuente en los TCA. Así mismo, no hay que dejar de lado el tratamiento de las comorbilidades físicas o psiquiátricas. El personal de enfermería, como parte del equipo terapéutico puede realizar intervenciones en todos estos ámbitos. (1,24).

Respecto a la prevención, Enfermería siempre ha tenido un papel principal. La prevención del TPA es la misma que la del resto de TCA y la obesidad, es decir, la implementación de programas centrados en la creación de hábitos saludables, así como técnicas para reforzar la autoestima y las habilidades sociales. La población diana son los adolescentes al ser los más influenciados por los cánones de belleza impuestos socialmente y los más vulnerables a desarrollar un TCA. Esto suele llevarse a cabo en forma de talleres interactivos y multisesión generalmente en el ámbito escolar donde se incluye también a los profesores y a la familia (1).

5.2 Plan de cuidados estandarizado:

Como ya se ha expuesto con anterioridad, no se ha encontrado información sobre el papel de enfermería en el tratamiento del TPA. Sin embargo, en base a la sintomatología y comorbilidades que presentan estos pacientes se puede realizar un plan de cuidados estandarizado utilizando como base los abordajes terapéuticos que la evidencia científica respalda como efectivos.

Para ello es imprescindible partir de una valoración previa que facilite la planificación de los cuidados enfermeros. Este puede ser definido como “un proceso planificado sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta” (30).

En este caso se utiliza el modelo de valoración de los 11 patrones funcionales propuesto por Marjory Gordon, utilizado en salud mental, indicando las alteraciones que tendría un paciente de TPA. Posteriormente se describen los diagnósticos enfermeros encontrados siguiendo la taxonomía NANDA. En base a esos diagnósticos se proponen una serie de objetivos (Nursing Outcomes Classification, NOC) y de intervenciones enfermeras (Nursing Intervention Classification, NIC) (31).

Valoración y posibles diagnósticos enfermeros (30, 31):

- Patrón 1: Percepción y Manejo de salud:

Se valora el mantenimiento de hábitos higiénicos, la adherencia terapéutica la percepción de la propia salud o la existencia de hábitos tóxicos.

Diagnóstico enfermero encontrado: [00078] Gestión ineficaz de la salud

- Patrón 2: Nutricional metabólico:

Valoración de los hábitos y deficiencias nutricionales, cálculo del IMC, exploración física.

Diagnóstico enfermero encontrado: [00232] Obesidad

- Patrón 3: Eliminación:

Valoración de las funciones excretoras urinaria, intestinal y de la piel (sudoración).

En principio, este patrón no está alterado por definición en las personas con TPA, aunque tiene que individualizarse en función de las características particulares del paciente.

- Patrón 4: Actividad-ejercicio:

Se valora el estado respiratorio y cardiovascular, la movilidad y capacidad funcional, la realización de ejercicio físico y las actividades de ocio.

En principio no está alterado, pero habría que individualizar la presencia de diagnósticos en función de las características concretas del paciente.

- Patrón 5: Sueño-descanso:

Valoración de los hábitos de sueño (facilidad para conciliar el sueño, horas de descanso, calidad del sueño)

En principio este patrón no está alterado, aunque habría que individualizar en función de las características del paciente.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo:

Se valora el nivel de conciencia, memoria, lenguaje, capacidad de comunicación y dolor.

No alterado en principio.

- Patrón 7: Auto percepción-autoconcepto:

Valoración relacionada con la imagen corporal y la autoestima, es decir, la percepción de uno mismo, el sentido de valía y el patrón emocional.

Diagnósticos enfermeros encontrados:

[00119] Baja autoestima crónica

[00118] Trastorno de la imagen corporal

[00146] Ansiedad

- Patrón 8: Rol-relaciones:

Valoración de la situación y apoyo social. También es importante valorar el ambiente familiar.

En principio no está alterado, pero tendría que individualizarse en función de las características del paciente.

- Patrón 9: Sexualidad y reproducción:

Se valora todo lo relacionado con el ciclo menstrual y la reproducción, la satisfacción en la vida sexual o la utilización de métodos anticonceptivos.

En principio no está alterado, pero habría que individualizar en función de las características particulares del paciente.

- Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés:

Valoración de las estrategias de afrontamiento al estrés, los cambios y las emociones negativas.

Diagnósticos enfermeros encontrados:

[00222] Control de impulsos ineficaz

[00069] Afrontamiento ineficaz

- Patrón 11: Valores y creencias:

Se valoran las creencias y valores de la persona, las preocupaciones relacionadas con la vida o el futuro, así como lo que la persona considera importante en la vida.

En principio no está alterado.

DXE: [00078] Gestión ineficaz de la salud
Gestión ineficaz de la salud M/P decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud R/C percepción de beneficios.
NOC: [1209] Motivación Definición: Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas. Indicadores: <ul style="list-style-type: none">• [120902] Desarrolla un plan de acción• [120905] Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos• [120916] Mantiene la flexibilidad
NIC: [4420] Acuerdo con el paciente Definición: Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico. <ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.- Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo adecuados.- Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos- Establecer objetivos en términos positivos.- Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.- Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.- Facilitar la implicación de los allegados en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente.- Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/acciones.
NOC [1601] Conducta de cumplimiento Definición: Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica. <ul style="list-style-type: none">• [160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito• [160108] Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción• [160111] Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario
NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico. <ul style="list-style-type: none">- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

- Identificar las etiologías posibles, según corresponda.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
- Describir el fundamento de las recomendaciones de la terapia/tratamiento.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.
- Explorar recursos/apoyos posibles, según cada caso.

DXE: [00232] Obesidad

Obesidad M/P índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m² en adultos, R/C alteración de la conducta alimentaria, percepciones alteradas relacionadas con la comida, la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.

NOC 1: [1411] Autocontrol del trastorno de la alimentación

Definición: Acciones personales para eliminar conductas desadaptativas y adoptar y mantener patrones de alimentación saludables y un peso corporal óptimo.

Indicadores:

- [141102] Participa en el establecimiento con un profesional sanitario de objetivos dietéticos alcanzables
- [141104] Establece objetivos de pérdida de peso alcanzables
- [141107] Sigue un plan de alimentación saludable
- [141108] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos
- [141110] Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos
- [141113] Elimina conductas de alimentación desadaptativas
- [141132] Atracones

NIC: [1030] Manejo de los trastornos de la alimentación

Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.

- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y/o allegados.
- Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente y allegados.
- Animar al paciente a comentar las preferencias alimentarias con el dietista.
- Desarrollar una relación de apoyo con el paciente.
- Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.
- Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y la cantidad de actividad física.
- Restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.
- Controlar las conductas del paciente respecto de la alimentación, pérdida y ganancia de peso.
- Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.
- Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar y/o hacer ejercicio en exceso.
- Disponer un programa de ejercicios supervisado, cuando corresponda.

- Ayudar al paciente (y allegados, según corresponda) a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.
- Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
- Iniciar la fase de mantenimiento del tratamiento cuando el paciente haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya mostrado fehacientemente conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido.
- Proporcionar apoyo y orientación.
- Ayudar al paciente a evaluar lo adecuado/consecuencias de las opciones de alimentación y actividad física.

NIC: [4360] Modificación de la conducta

Definición: Promoción de un cambio de conducta.

- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables.
- Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia.
- Mantener una conducta coherente por parte del personal.
- Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta diana) en términos específicos, concretos.
- Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables.
- Establecer objetivos de conducta por escrito.
- Desarrollar un programa de cambio de conducta.
- Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados.
- Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda.
- Retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas, y centrar los refuerzos en una conducta sustitutiva más deseable.
- Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos significativos.
- Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas de modelado.
- Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

NOC: [1627] Conducta de pérdida de peso

Definición: Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta.

Indicadores:

- [162703] Se compromete con un plan para comer de forma saludable
- [162704] Selecciona alimentos y líquidos nutritivos
- [162708] Controla la preocupación por los alimentos

NIC: [5246] Asesoramiento nutricional:

Definición Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.

- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
- Comentar el significado de la comida para el paciente.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda.

DXE: [00119] Baja autoestima crónica

Baja autoestima crónica M/P culpabilidad, vergüenza, exageración de la retroalimentación negativa sobre sí mismo R/C trastorno psiquiátrico.

NOC: [1205] Autoestima

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:

- [120501] Verbalizaciones de autoaceptación
- [120502] Aceptación de las propias limitaciones
- [120508] Cumplimiento de los roles significativos personales
- [120511] Nivel de confianza
- [120519] Sentimientos sobre su propia persona

NIC: [5400] Potenciación de la autoestima

Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.
- Abstenerse de realizar críticas negativas.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto que tiene el grupo de compañeros sobre sus sentimientos de autovalía.
- Explorar los logros de éxitos anteriores.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
- Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

DXE: [00118] Trastorno de la imagen corporal

Trastorno de la imagen corporal M/P sentimientos negativos sobre el cuerpo R/C deterioro del funcionamiento psicosocial.

NOC [1200] Imagen corporal

Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

Indicadores:

- [120001] Imagen interna de sí mismo
- [120005] Satisfacción con el aspecto corporal
- [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico
- [120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto

NIC [5220] Mejora de la imagen corporal

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica.
- Observar si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.
- Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.
- Utilizar ejercicios de auto-revelación con grupos de adolescentes u otros grupos de personas muy preocupadas acerca de los atributos físicos normales.

NIC [4700] Reestructuración cognitiva

Definición: Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales.
- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estrés.
- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad.
- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.
- Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud.

DXE: [00146] Ansiedad

Ansiedad M/P atención centrada en el yo, sentimiento de insuficiencia R/C estresores.

NOC: [1402] Autocontrol de la ansiedad

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores:

- [140205] Planea estrategias para superar situaciones estresantes
- [140206] Planifica estrategias de superación efectivas
- [140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
- [140217] Controla la respuesta de ansiedad
- [140219] Identifica factores desencadenantes de la ansiedad

NIC: [6040] Terapia de relajación

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

NIC [5270] Apoyo emocional

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

DXE: [00222] Control de impulsos ineficaz

Control de impulsos ineficaz M/P actuar sin pensar R/C trastorno del estado de ánimo, alteración del funcionamiento cognitivo.

NOC: [1405] Autocontrol de los impulsos

Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

Indicadores:

- [140501] Identifica conductas impulsivas perjudiciales
- [140502] Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
- [140512] Mantiene el autocontrol sin supervisión

NIC: [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

- Utilizar un plan de modificación de la conducta para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado, según sea apropiado.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.
- Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes y beneficios.
- Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.
- Proporcionar un refuerzo positivo (alabanzas, recompensas) de los resultados satisfactorios.
- Ayudar al paciente a determinar cómo se podrían haber evitado los resultados insatisfactorios si se hubieran elegido conductas diferentes.
- Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas dentro del ambiente terapéutico.
- Animar al paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

NIC [4350] Manejo de la conducta

Definición: Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa.

- Hacer que el paciente se sienta responsable de su conducta.
- Establecer hábitos.
- Aumentar la actividad física, según corresponda.
- Alabar los esfuerzos de autocontrol.
- Mediar, si es necesario.

DXE: [00069] Afrontamiento ineficaz

Afrontamiento ineficaz M/P conducta destructiva hacia sí mismo, estrategias de afrontamiento ineficaces R/C estrategias de relajación de la tensión ineficaces, sentido de control insuficiente.

NOC [1302] Afrontamiento de problemas

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:

- [130203] Verbaliza sensación de control
- [130212] Utiliza estrategias de superación efectivas
- [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Definición: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
- Estimular la implicación familiar, según corresponda.
- Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación.

6. CONCLUSIONES

- El trastorno por atracón tiene una alta prevalencia e importantes consecuencias para la salud. Su reciente introducción en el DSM-5 pone de manifiesto su relevancia. Los estudios realizados hasta el momento destacan como tratamientos más efectivos en el abordaje del TPA tanto a corto como a largo plazo, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal. Sin embargo, otras prácticas como el mindfulness también han demostrado ser efectivas al ayudar al paciente en la regulación de su estado emocional. La obesidad suele estar asociada al TPA, sin embargo, las terapias centradas en la dieta y el ejercicio para bajar de peso no dan mejores resultados que la terapia psicológica y cualquier cambio nutricional o de ejercicio físico debe estar supervisado por el profesional correspondiente. Los fármacos que han resultado beneficiosos en el TPA pueden usarse combinados con la terapia psicológica cuando con esta no se obtienen resultados.
- En el trastorno por atracón, como en el resto de TCA el abordaje debe ser multidisciplinar. Por ello, la enfermería tiene un gran papel en el cuidado de pacientes con dicho trastorno. Existen multitud de intervenciones de enfermería que pueden ser usadas en estos pacientes para lograr una reducción de los atracones, establecer patrones de vida más saludables y reducir los estados de ansiedad o depresión. Sin embargo, todavía no existe mucha información al respecto y, sobre todo en nuestro país es necesario aumentar la investigación en este campo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gómez del Barrio A, et al. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales, Gobierno de Cantabria; 2012. [Fecha de acceso 25 jun 2021]. Disponible en: <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
- (2) García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-5. Cuad Med Psicossom Psiquiatr Enlace [Internet]. 2014 [citado 25 jun 2021]; (110):70-4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803021>
- (3) Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [citado 25 jun 2021]; 35:489-94. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v35n2/1699-5198-nh-35-02-00489.pdf>
- (4) Guisado JA, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón o "binge eating disorder". Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2001 Mar [citado 25 jun 2021]; (77):27-32. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a03.pdf>
- (5) Hernández Rodríguez J, Ledón Llanes L. Comments on clinical and epidemiological aspects of binge eating disorder. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2018 Ago [citado 25 jun 2021]; 29(2):1-15. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v29n2/end09218.pdf>
- (6) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. 3ed; 2020 [actualizado jul 2020; citado 25 jun 2021]. Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html
- (7) World Health Organization [Internet]. Suiza: WHO; 2019 [citado 25 jun 2021]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
- (8) Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2019 [citado 25 jun 2021]; 23(1):130-31. Disponible en: <http://doi.org/10.1136/bmj.i5440>
- (9) Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Update on Binge Eating Disorder. Med Clin N Am [Internet]. 2019 Jul [citado 25 jun 2021]; 103(4):669-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.003>
- (10) Agüera Z, Lozano-Madrid M, Mallorquí-Bagué N, et al. A review of binge eating disorder and obesity Neuropsychiatr [Internet]. 2020 Abr [citado 25 jun 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- (11) Escandón-Nagel N, Garrido-Rubilar G. Vista de Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. Nutr Clín Diet Hosp

- [Internet]. 2020 [citado 25 jun 2021]; 40(4):108-15. Disponible en: <http://doi.org/10.12873/404escandon>
- (12)Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. Rev Mex de trastor aliment [Internet]. 2015 [citado 25 jun 2021]; 6:97-107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- (13)Kornstein SG. Epidemiology and recognition of binge-eating disorder in psychiatry and primary care. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 78(1):3–8. Disponible en: <http://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.01>
- (14)Citrome L. Binge-eating disorder and comorbid conditions: Differential diagnosis and implications for treatment. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 78(1): 9-13. Disponible en: <http://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.02>
- (15) Grilo CM. Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 78(1):20-4. Disponible en: <http://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.04>
- (16)Agras WS. Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2019 Jun [citado 25 jun 2021]; 42(2):169-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- (17)Spelmans GI, Benish SG, Marin C, et al. Specificity of psychological treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder? A meta-analysis of direct comparisons. Clin Psychol Rev [Internet]. 2013 Abr [citado 25 jun 2021]; 33(3):460-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.008>
- (18)Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, et al. Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. Eur Eat Disord Rev [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 25:317–28. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/erv.2517>
- (19)Brownley KA, Berkman ND, Peat CM. Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. [Internet]. 2016 Sept [citado 25 jun 2021]; 165(6):409–20. Disponible en: <http://doi.org/10.7326/M15-2455>
- (20)Wilson GT. Treatment of Binge Eating Disorder. Psychiatr Clin N Am [Internet]. 2011 [citado 25 jun 2021]; 34:773–83. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.011>
- (21)García-Marín PV, Antón-Menárguez V, Martínez-Amorós R. Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. Rev psicol clín niños adolesc [Internet]. 2016 [citado 25 jun 2021]; 3(1):67-74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152548009>
- (22)Sánchez Planell L, Fernández-Valdés Marí R. Trastorno por atracón y obesidad. Form Contin Nutr Obes [Internet]. 2002 [citado 25 jun 2021]; 5(6):314-24. Disponible en: <http://www.centregaudi.com/down/transtorno obesidad.pdf>

- (23) Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal Psychotherapy and the Treatment of Eating Disorders. *Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2019 Jun [citado 25 jun 2021]; 42(2):205-18. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
- (24) Amianto F, Ottone L, Daga GA, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 25 jun 2021]; 15(1):70-92. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>
- (25) Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, et al. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav* [Internet]. 2014 [citado 25 jun 2021]; 15(2):197-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- (26) Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med* [Internet]. 2015 Abr [citado 25 jun 2021]; 38(2):348-62. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10865-014-9610-5>
- (27) Mathisen TF, Rosenvinge JH, Pettersen G, et al. The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise-and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 17(1):180 <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1312-4>
- (28) McElroy SL. Pharmacologic Treatments for Binge-Eating Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 25 jun 2021]; 78(1):14-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/JCP.sh16003su1c.03>
- (29) Reas DL, Grilo CM. Pharmacological Treatment of Binge Eating Disorder: Update Review and Synthesis. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. 2015 [citado 25 jun 2021]; 16(10):1463-78 Disponible en: <http://doi.org/10.1517/14656566.2015.1053465>
- (30) Arroyo-Lucas S, Vázquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, et al. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Rev Mex Enf* [Internet]. 2018 [citado 25 jun 2021]; 6:97-102. Disponible en: <http://doi.org/10.24875/ENF.M18000017>
- (31) NNNconsult [Internet]. Madrid: Elsevier [acceso el 10 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>

8. ANEXOS

Anexo 1: Criterios diagnósticos del trastorno por atracón en el DSM-5 (2).

Tabla 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN EL DSM-5

A. La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (de un período cualquiera de dos 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 (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 tres (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 tres meses.

E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, 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 trastorno de atracones, 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. La gravedad se 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.

Anexo 2: Comparación entre los principales trastornos de la conducta alimentaria (12)

Comparación entre los principales trastornos de la conducta alimentaria:			
	Anorexia nerviosa:	Bulimia nerviosa:	Trastorno por atracón:
Peso corporal:	15% o más por debajo del peso normal (rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo para su talla y edad)	10% por encima o por debajo del peso normal	Sobrepeso u obesidad
Episodios de atracones:	No	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio	Sí. Sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta que acompaña y caracteriza al episodio. (sentimiento de pérdida de control, no presente en sujetos obesos sin TPA)
Método de control de peso:	Dieta severa, estricta y constante o ayuno. Ejercicio físico intenso. (Objetivos y metas en el control alimentario muy concretos, que exigen muchas	Conductas purgativas (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, enemas) alternadas con dietas restrictivas Ejercicio físico excesivo	Dietas menos drásticas que en la bulimia o anorexia nerviosa. (Dietas menos severas o rigurosas, poco constantes o intermitentes, por ello su peso corporal puede fluctuar)
Insatisfacción con la imagen corporal	Sí	Sí	Sí (aunque menor que en la AN y la BN)
Alteración de la percepción de la forma y peso corporal	Sí	Sí	No
Evitación de situaciones por la imagen corporal	Sí	Sí	Sí
Miedo a ganar peso	Sí Muy intenso, patológico, aún estando emaciada	Miedo intenso a ganar peso, su vida gira alrededor de esa preocupación	Moderado / leve frente a la AN y BN (mayor depresión por ser incapaz de controlar la ingesta)
Sentimiento de culpa o vergüenza	No. Sienten orgullo por lograr controlar lo que comen. Son habituales los sentimientos de culpa tras las comidas	Sentimiento de culpa, vergüenza o enfado tras la ingesta y tras atracones	Sentirse a disgusto, deprimido o con culpa por no poderse controlar durante la ingesta y tras atracones
Ansiedad después de comer	Sí	Sí	Sí

Irregularidades menstruales y amenorrea	Sí	Sí	Pueden ocurrir debido al exceso de peso
Consciencia del trastorno	Escasa. Negación de la seriedad a pesar de su bajo peso	Mayor consciencia del trastorno (muestran mucha resistencia a la hora de reconocerlo)	Mayor consciencia del trastorno en comparación a la AN y BN
Comidas prohibidas	Sí	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas	Sí, aunque hay presencia de episodios de atracón en relación con estas
Frecuencia de aparición de episodios de atracón y conductas compensatorias	En los últimos 3 meses ausencia de episodios recurrentes de atracones o purgas	Atracones /conductas compensatorias se dan, al menos, una vez por semana, en 3 meses	Los atracones se producen en promedio, al menos, una vez a la semana durante 3 meses