

# **TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO POR ATRACÓN**

## **TREATMENT OF A BINGE EATING DISORDER**

Georgina Pimentel<sup>1</sup>

**Recibido:** 2023-06-01 / **Revisado:** 2023-06-20 / **Aceptado:** 2023-07-15 / **Publicado:** 2023-09-15

**Forma sugerida de citar:** Pimentel, G. (2023). Tratamiento de un caso de trastorno por atracón. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(16). 113-126. <https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.9>

### **RESUMEN**

El trastorno por atracón conocido también como Binge eating disorder, es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la ingesta compulsiva de alimentos acompañada de una sensación de pérdida de control. Es el más frecuente de los trastornos de la conducta alimentaria, generando graves consecuencias y limitaciones a nivel físico y emocional para quienes lo padecen. A continuación, se presenta el tratamiento psicoterapéutico de un caso clínico, con el objetivo de reducir los síntomas clínicos presentados por una paciente de 30 años de edad diagnosticada con Trastorno por Atracón. La metodología utilizada fue la de Psicoterapia Breve Estratégica, modelo integrativo. Los resultados arrojaron que se logró una remisión de los síntomas clínicos. Se concluye que la intervención terapéutica del presente caso evidenció eficacia en el tratamiento de este trastorno, logrando en 14 sesiones, la remisión completa de los síntomas clínicos y los objetivos terapéuticos planteados.

**Palabras clave:** trastorno por atracón, psicoterapia breve estratégica, trastorno de la conducta alimentaria, psicoterapia, binge eating disorder.

### **ABSTRACT**

Binge eating disorder is characterized by compulsive overeating accompanied by a sense of loss of control. It is the most common eating disorder, causing serious physical and emotional consequences and limitations for those who suffer from it. The following is the treatment of a clinical case, aiming to reduce the clinical symptoms presented by a 30-year-old patient diagnosed with Binge Eating Disorder. The methodology used was Brief Strategic Psychotherapy, an integrative model. The results showed that remission of clinical symptoms was achieved. In conclusion, the therapeutic intervention demonstrated efficacy in the treatment of this disorder, achieving complete remission of the clinical symptoms within 14 sessions.

**Keywords:** *binge eating disorder, anxiety, brief strategic psychotherapy, eating disorder, loss of control, weight gain.*

---

<sup>1</sup> Psicóloga, psicoterapeuta. Centro de Psicoterapia Breve Estratégica. Perú. [georginapimentel@hotmail.com](mailto:georginapimentel@hotmail.com) / <https://orcid.org/0000-0002-4907-3193>

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por atracón, también conocido como Binge Eating Disorder, es un trastorno de la conducta alimentaria que ha ganado reconocimiento en los últimos años debido a su prevalencia y sus impactos significativos en la salud física y emocional de las personas que lo padecen. La importancia de estudiar y analizar casos clínicos de trastorno por atracón radica en la necesidad de comprender mejor esta condición, sus causas, síntomas y posibles tratamientos. Los casos clínicos proporcionan información invaluable sobre la experiencia personal de los individuos afectados, permitiendo a los profesionales de la salud profundizar en sus desafíos específicos y encontrar enfoques terapéuticos efectivos. Además, el análisis de casos clínicos puede ayudar a identificar patrones comunes, factores de riesgo y posibles intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este trastorno.

A través de la investigación y el estudio de casos clínicos, se puede contribuir al desarrollo de mejores estrategias de diagnóstico, prevención y tratamiento del trastorno por atracón, con el objetivo final de mejorar la salud y el bienestar de quienes lo padecen. El trastorno por atracón (TA), también llamado Binge Eating Disorder, es una alteración de la conducta alimentaria que puede afectar a personas de cualquier edad (Morales, 2015). El TA se caracteriza por episodios donde se ingesta una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían (Hudson, 2007; Cebolla, 2012). Las personas experimentan un sentido de pérdida de control, llevándolos a una ingesta compulsiva por un tiempo aproximado de dos horas. En un atracón, un paciente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos 20,000 kcal (López, 2021). Entre todos los trastornos de la conducta alimentaria en población obesa, este trastorno es el más frecuente, tanto en adultos como en niños. (Raevuori, 2009; Cebolla, 2012; López, 2021)

La primera descripción de patrones de alimentación anormal (atracones) en población con sobrepeso y obesidad fue realizada en 1951 por Hamburger, quien describió un tipo de hiperfagia en obesos, que se caracterizaba por un deseo compulsivo e incontrolable por la comida, entre ellos especialmente los caramelos, helados y otros dulces (Guisado y Vaz, 2001; Ortiz Montcada, 2019).

En 1959, el psiquiatra americano, Albert Stunkard, identificó que un grupo de pacientes obesos presentaban significativos problemas de atracones, seguidos de sentimientos de malestar, culpa e intentos fallidos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias, como vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico (Guisado y Vaz, 2001; Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018).

Sin embargo, este hecho fue olvidado durante mucho tiempo y hasta 1980 se detectó que una cuarta parte de los obesos que acudían a programas de reducción de peso presentaban atracones, y que algunos obesos mostraban problemas psicológicos y otros no, por lo tanto, a partir de ahí comienza el estudio sistemático del problema (Fairburn y Wilson, 1993; Ortiz Montcada, 2019). No obstante, el atracón como una conducta patológica fue formulado con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos en su tercera edición (DSM-III, Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1988). El atracón en el DSM-III era considerado un criterio diagnóstico más de la bulimia nerviosa (BN) (Marcus, 1999; Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018).

Más allá, Spitzer y su equipo hicieron un aporte significativo donde realizaron dos estudios multicéntricos cuyos resultados sirvieron para definir las características clínicas del trastorno por atracón y su diferenciación de la bulimia nerviosa. Estos estudios contribuyeron a la inclusión del trastorno por atracón en el DSM-IV. Aunque finalmente, se incluyó en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, dado que otros autores señalaron que la evidencia empírica no era suficiente para su inclusión como entidad diagnóstica (Fairburn, Welch y Hay, 1993; Morales, 2015). Fue en el año 2013 donde el Trastorno por Atracón (TA) se incluyó dentro del DSM-5 en el apartado de trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, siendo reconocido como una categoría independiente (Raevuori, 2009; Hernández Rodríguez y Ledón Llanes 2018).

Según los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5, un atracón se define por comer en un período determinado de tiempo, grandes cantidades de comida, mayor a lo que otras personas comerían en un periodo similar y bajo circunstancias parecidas, siendo esto acompañado por sensación de descontrol (Hernández Rodríguez y Ledón Llanes 2018). El mismo establece que durante la mayoría de los episodios de atracones, están presentes por lo menos tres de estos indicadores:

- a) Se come mucho más rápido que de costumbre.
- b) Se come hasta sentirse incómodamente lleno.
- c) Se ingieren grandes cantidades de comida sin sentir hambre.
- d) Se comen grandes cantidades de alimentos durante el día sin planificación de horario para ello.
- e) Se ingiere a solas por sentir vergüenza respecto a la cantidad de alimento ingerido.
- f) Se siente disgustado consigo mismo, deprimido o muy culpable por haber comido en exceso.

Este trastorno es más frecuente en mujeres con mayor peso corporal (Lezama Reyes, 2020). Muchas presentan obesidad, fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido (López, 2021). La ingesta de comida se basa en las comidas de grasa, dulces y comida rápida, a diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria que aumenta el consumo de todo tipo de comida (Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018). Las características de los pacientes con trastorno de atracón son las siguientes: deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por su cuerpo/figura y su peso, psicopatología general, mucho tiempo de la vida adulta haciendo dieta, antecedentes depresivos, abuso de alcohol/drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (BMI>35), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para seguir dietas (Guisado y Vaz, 2001; Morales, 2015).

En cuanto a la edad de inicio del trastorno, se estima cerca de los 20 años. La Asociación Americana de Psiquiatría añade que, además de iniciarse habitualmente en la adolescencia y en la edad adulta temprana, el TA también puede empezar a una edad adulta más tardía. Se estima que la persistencia de la enfermedad en TA es de 4.3 años (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). Respecto a los factores etiológicos, la mayoría de los investigadores hablan de la importancia de la restricción dietética como potenciador número uno de los atracones en presencia de desinhibidores específicos, tales como disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta (Guisado y Vaz, 2001; Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018). Otros investigadores los describen como impulsivos sin capacidad de autocontrol, siendo en este caso, los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos (Guisado y Vaz, 2001; Ortiz Montcada, 2022).

El atracón ha ido incrementando su presencia rápidamente. Su crecimiento de forma alarmante, y por delante de la bulimia y la anorexia nerviosa, llevan a considerarlo un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI (Cuadro y Baile, 2015). Hasta el momento, se estima que en México su prevalencia es de 1.6%, de los cuales 60% son mujeres y 40% son hombres, pertenecientes a cualquier nivel socioeconómico y a todas las edades, aunque es más común en adultos (Morales, 2015). En los Estados Unidos, el primer estudio de prevalencia de TA realizado en 1992 concluyó que este trastorno se da en el 30,1% de quienes se encuentran en programas para la reducción de peso vs. el 2% de la población general (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020; Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018).

Otras investigaciones más recientes en los Estados Unidos reflejan el alcance de los trastornos que ocurren, teniendo como resultado una prevalencia más alta de trastornos por atracón (Ortiz Montcada, M. R. 2019). Por ejemplo, en la investigación realizada en el año 2007 en Estados Unidos, se encontró que un porcentaje significativo de las mujeres había padecido de anorexia, bulimia o trastorno por atracón en algún momento de sus vidas. Las tasas reportadas fueron del 0.9% para la anorexia, 1.5% para la bulimia y 3.5% para el

trastorno por atracón en las mujeres. En cuanto a los hombres, aunque las tasas son más bajas, aún se observaron casos de trastornos de la conducta alimentaria, con un 0.3% para la anorexia, 0.5% para la bulimia y 2.0% para el trastorno por atracón (Bulik, 2006; Hudson, 2007; Ortiz Montcada, 2019). Comparando estos datos con las estadísticas históricas de Finlandia entre los años 1975 y 1979, se observa una mayor prevalencia de la anorexia en ese período, con un rango estimado del 2.2% al 4.2% en mujeres y un 0.24% en hombres (Keshi-Rahkonen, 2007; Raevuori, 2009). Sin embargo, es importante tener en cuenta que las comparaciones entre diferentes estudios y períodos de tiempo pueden ser difíciles debido a las diferencias en las metodologías y las muestras utilizadas.

Tomando en consideración los datos disponibles, se estima que aproximadamente entre el 0.3% y el 0.4% de las mujeres jóvenes y el 0.1% de los hombres jóvenes pueden sufrir de anorexia. Para la bulimia, las tasas se estiman en alrededor del 1.0% en mujeres jóvenes y un 0.1% en hombres jóvenes. En cuanto al trastorno por atracón, las tasas son similares (Hoek y Van Hoeken, 2003; Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). Este análisis de los datos revela la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón, en diferentes poblaciones y períodos de tiempo, proporcionando una visión general de la magnitud del problema y destacando la necesidad de seguir investigando y desarrollando intervenciones eficaces para abordar estos trastornos y promover la salud mental en la sociedad.

En el caso de candidatos a cirugía bariátrica, se estima que el 48,3% presenta trastorno por atracón. Además, al comparar la prevalencia de TA respecto a Bulimia Nerviosa (BN), un estudio realizado con una amplia muestra de más de 24 mil personas mayores de 18 años, utilizando la encuesta nacional de salud de la OMS aplicada en 14 países, arrojó que la prevalencia de vida es mayor en TA (1,9%) que en BN (1%), detectándose la misma tendencia al analizar la prevalencia de 12 meses de la enfermedad (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Por otro lado, en la literatura científica se está encontrando que la psicoterapia está demostrando ser tan efectiva como el tratamiento farmacológico en el tratamiento de diversos trastornos emocionales (Bartoli y De la Cruz, 2023; Ceberio y De la Cruz, 2023). La terapia breve estratégica es efectiva en el tratamiento de los trastornos alimenticios y en especial del trastorno por atracón. En un estudio, se comparó la eficacia del modelo cognitivo conductual y la terapia breve estratégica en el tratamiento de los trastornos por atracón, evidenciándose mejores resultados en la remisión de los síntomas en los pacientes tratados con terapia breve estratégica (Castelnuovo et al., 2011). En otro estudio realizado en el año 2018, se evaluó el tratamiento de 60 pacientes Italianas con Trastorno por Atracón y obesidad, concluyendo que la Terapia Breve Estratégica es más eficaz que la Terapia Cognitiva Conductual en tratamientos para la remisión de estos trastornos (Jackson et al., 2018). Por último, en un estudio realizado a un grupo de pacientes que presentaban bulimia nerviosa y trastorno por atracón, se observó la eficacia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de los síntomas de binge eating y bulimia nerviosa (Pietrabissa et al., 2019). El objetivo del presente estudio es intervenir terapéuticamente en un caso de trastorno por atracón utilizando la terapia breve estratégica.

## METODOS Y MATERIALES

Metodología cualitativa, estudio de caso no controlado de intervención terapéutica (Roussos, 2007). Este enfoque de investigación se utiliza para comprender y explorar fenómenos complejos desde una perspectiva holística y contextual. Se centra en la comprensión de los procesos subjetivos y la construcción de significado del individuo. Esto implica interpretar y analizar los datos recopilados, buscando patrones, contradicciones y conexiones significativas en la información recopilada. A través de este análisis, se obtiene una comprensión más profunda de la experiencia del paciente, se identifican factores clave que contribuyen al trastorno y se guía el proceso de tratamiento de manera más efectiva. El objetivo se centra en reducir la sintomatología clínica a través de la aplicación de un

tratamiento con psicoterapia breve estratégica en un caso de Trastorno por Atracón o binge eating disorder.

### **Identificación del Paciente y Motivo de Consulta**

La paciente nació y vive en la República Dominicana. Tiene 30 años de edad, soltera, no tiene hijos y se dedica a ser profesora de primaria. Tiene ocho años trabajando en el mismo colegio. Empezó a trabajar en la universidad y durante los cuatro años de su licenciatura, desempeñó el rol de auxiliar educativo. Una vez graduada de la universidad, fue ascendida a profesora. Es la menor de dos hermanas y es la única que vive con sus padres ya que su hermana se casó y se mudó de la casa. Los padres de la paciente siempre han sido muy estrictos con la alimentación, promoviendo hábitos saludables y una dieta equilibrada. Son personas conscientes de la importancia de llevar un estilo de vida saludable, incluyendo la práctica regular de ejercicio físico. La imagen corporal también tiene un papel significativo en la familia, enfatizando la importancia de mantener un peso y apariencia física adecuados. La paciente viene a consulta porque quiere perder peso y quiere poder manejar su ansiedad por la comida.

### **Descripción del Caso**

La paciente refiere que desde la adolescencia, siempre ha batallado con el peso. Siempre, ha estado por encima de la curva normal de peso. Le empezó a afectar cuando entró a la adolescencia, alrededor de los 13 años. Le afectaba más en momentos donde tenía alguna actividad social, como un paseo a la playa, una fiesta de cumpleaños o cualquier salida importante con sus amigos. Cuando le afectaba, ella hacía una dieta o visitaba una nutricionista, lograba rebajar 5-6 kilos y luego volvía a su peso normal y lo aumentaba. Desde siempre ha disfrutado comer, pero no sufría de atracones, simplemente disfrutaba la comida grasosa y detestaba la comida saludable. Los atracones empezaron a surgir hace como 1 año, cuando entró a su nuevo trabajo, ella dice que “la desorganización del equipo de trabajo me ha puesto muy ansiosa y producto de esto, me pongo a comer cómo si no hay final”.

Las dificultades de su nuevo centro laboral, caracterizados por constantes cambios, falta de organización, falta de planificación por parte de los directivos del centro educativo y una alta rotación de personal son aspectos que afectan la estabilidad de la paciente. Esto le causa mucha ansiedad a ella, primero, porque no quiere quedar mal y siempre tiene que entregar las cosas rápidamente, y segundo, porque ella es muy planificada, ella planifica absolutamente todo en su vida (excepto la comida).

Ha estado con más de 7 nutricionistas, se ha inscrito en casi todos los gimnasios del país, dice que “siempre empiezo y nunca termino.” Cuando empieza, va bien por los primeros días, luego refiere “me desespero porque me siento demasiado ansiosa por el trabajo,” esto la lleva al atracón y vuelve al círculo vicioso descrito anteriormente.

### **Diagnóstico operativo:**

La paciente refiere que la ansiedad la lleva a comer. Ella manifiesta: “cuando siento que tengo mucha carga de trabajo, me provoca ansiedad,” El comportamiento sintomático se da en el contexto de su automóvil, mientras retorna agobiada del trabajo. En la secuencia interactiva del síntoma, el sentir que ha tenido mucha carga en el trabajo la lleva a los episodios de ingesta de comida. “me merezco satisfacerme con comida, con mucha comida hasta que esté completamente llena, sin poder moverme.” Se dice también “no aguanto la ansiedad, necesito comida” “me imagino esa caja entera de pizza bien caliente”, “es momento de añorarme” (darse cariño) y que “estoy tan cansada que no tengo energía para pensar.” mantiene los pensamientos hasta que se desvía para ir a comprar la comida. A veces, compra hamburgués y otra veces, helado. Llega con desesperación, “como si se fuese acabar la comida en el

mundo.” Ella dice que esta satisfacción “es un premio que me merezco por mi largo día en el trabajo”. Compra una cantidad exagerada y se la come entre los semáforos, y dice “me lo como tan rápido que a veces ni lo disfruto.” Inmediatamente desde que termina de comer, se siente avergonzada y con sentimientos de culpabilidad.

Llega a la casa y su madre le ofrece comida, ella, avergonzada de lo que hizo, le miente diciéndole que acaba de merendar y que no tiene hambre. Luego entra en su habitación a sentirse culpable.

A nivel de pensamiento el patrón recursivo de la paciente, se caracteriza por un diálogo interno negativo, en donde se descalifica, sintiéndose culpable y cuestionándose por haber ingerido muchos alimentos. Ella se dice: “¿por qué lo hiciste? ¿Por qué tienes que hacer eso siempre?” “¿por qué hice eso, que mal me siento, doy asco...” Esa culpabilidad la lleva a sentirse aún más ansiosa y ordena helado para comérselo mientras ve *Netflix*. Al día siguiente, la culpabilidad aumenta tanto que, en vez de llevarla a seguir comiendo, la lleva a ayunar. Permanece por dos a tres días, en los que se cuestiona constantemente, con pensamientos intrusivos y frecuentes que menoscaban su autoestima. Esto la lleva a permanecer más firme con su dieta. Pero esto le dura dos o tres días, porque todo esto hace que se pase el día mal humorada, llevándola a la desesperación, entre la falta de comida y la ansiedad del trabajo, vuelve nuevamente al atracón. Repitiéndose el ciclo recursivo.

Respecto a la intensidad percibida, manifiesta que cuando se encuentra al borde de la desesperación es un 10, en el ISE (indicador subjetivo de estrés), lo que hace que termine en un episodio de atracón.

Respecto a las excepciones, la paciente manifiesta que en algunas ocasiones los días sábados y los domingos no se dan los episodios de atracón. Los sábados no tiene la presión de estar a dieta porque ella dice: “estoy relax, es fin de semana” y tampoco tiene la presión del trabajo, así que come moderadamente. No come saludable pero no hace atracones. Los domingos siempre salen a comer, ella entiende que, por estar en un restaurante, ella debe aprovechar y comer lo que le apetezca del menú. No lo hace tipo atracón, si no que se come la porción del restaurante y listo. Ella sale a comer con sus padres quienes no le dicen nada sobre el tema. No obstante, cuando va la hermana, ella trata de comer más saludable ya que su hermana es súper saludable.

Entre las soluciones intentadas, ha hecho dietas con una nutricionista naturalista, pero el tipo de comida que le ponían, no le gustaba. Ha intentado también hacer dietas, en las que solo ingería solo jugos, y también dietas exclusivas de comida que ya viene lista, empacada en sobres. Pero todo esto lo único que logra es que se desespere aún más, lo que la lleva a tener hambre y empezar con el atracón nuevamente. Ella menciona “he hecho de todo ya, pero nada me funciona”.

Se ha constituido una estructura del comportamiento sintomático caracterizada por un ciclo repetitivo de ayuno – atracón, que la ha llevado a aumentar 20 kilos en los últimos meses.

### Intervención Terapéutica

Para el presente tratamiento, se acordaron las siguientes metas terapéuticas con la paciente:

- Rebajar 25 Kilos (77 lbs.) en un año.
- Hacer ejercicios 3 veces por semana.
- Tener autocontrol sobre su ansiedad para evitar los atracones.

Los objetivos que se establecieron como terapeuta fueron dos:

- Eliminar el patrón recursivo del comportamiento sintomático de los episodios de atracón. A nivel cognitivo y comportamental.
- Reducir la sintomatología clínica asociada al trastorno.

Para el diseño terapéutico se seleccionaron y aplicaron las siguientes técnicas de intervención:

- Prescripciones directas
- Pregunta del Milagro
- Bitácora Reflexiva
- Metáforas
- Re encuadre
- Integración de Partes
- Hipnosis

Para el desarrollo del proceso de intervención terapéutica se siguieron las cuatro fases del protocolo establecido por Nardone y Portelli (Nardone y Portelli, 2012).

### **Desarrollo del proceso terapéutico:**

Se inició buscando identificar el motivo de consulta y la meta terapéutica a lograr, se generó contexto. Posteriormente se realizó el diagnóstico operativo, identificando los patrones y la estructura del comportamiento sintomático. A nivel de comunicación terapéutica se estableció un buen clima de confianza y colaboración con la paciente.

Se le prescribió que registre la estructura del comportamiento sintomático (Descripción del comportamiento, frecuencia, duración, hora del día, secuencia interaccional, secuencia cognitiva, lugar, indicador subjetivo de estrés y las emociones que lo acompañan). Para poder medir su progreso, se le pidió que registre cada día, en una hoja de cálculo, su índice subjetivo de estrés (ISE).

Una vez identificado el funcionamiento de la estructura del patrón recursivo del síntoma, el objetivo fue modificar dicha estructura para lo cual se utilizó una serie de técnicas desde la pregunta milagro, el empleo de las metáforas y las prescripciones de comportamiento.

Entre las primeras estrategias de intervención se empleó terapéuticamente el lenguaje metafórico. Para ello en consulta la paciente realizó una metáfora del atracón, identificándola como la “bestia desencadenada”. Se le pidió que llevara esa bestia a una imagen, que le pusiera figura, color, luz y que la construya como se la imagina. Mediante un proceso hipnótico la llevamos a que empiece a ver, a sentir y a escuchar esa “bestia desencadenada”. El objetivo de esta estrategia terapéutica fue poder darle forma, nombre y color. De esta manera “el atracón” deja de ser algo abstracto y se convierte en algo concreto, palpable, con forma y, por lo tanto, gestionable y modificable.

El empleo del lenguaje metafórico facilitó el proceso terapéutico, ya que posteriormente se le pudo transferir a la “bestia” a través de un reencuadre sentimientos de amor, alegría, paz. Se trabajó con técnicas que emplean la causalidad final (De la Cruz, 2021 a). Realizando conexión a futuro, y a través de la hipnosis permitiendo que la paciente se visualice “controlando la bestia desencadenada” y transformándola en una imagen más placentera y amigable. Ella manifiesta que la transformó en un “cachorrito suave”.

Se intervino terapéuticamente, también a nivel cognitivo, modificando la estructura del patrón recursivo de pensamiento. A través de la hipnosis y el reencuadre se le puso una “soga de cadena corta a la bestia” de esta manera, la paciente podría controlarla

Empezó a modificar un diálogo interno, con el que la paciente podía dominar a la “bestia”. La paciente empezó a usar el siguiente diálogo: “Tranquila Bobby, no me vas a dominar hoy, acuéstate a dormir que hoy no es tu día...” Adicionalmente y con el objetivo de modificar el contexto y la secuencia interaccional del comportamiento sintomático, se le prescribió que colocara dicha frase y otras relacionadas a los recursos de la paciente en el tablero del carro. De esta manera el patrón cognitivo empezó a modificarse, semana tras semana, se iba incluyendo las frases que habían resultado ser más efectivas, reforzando lo avanzado y fortaleciendo los recursos personales de la paciente con hipnosis. Conforme

pasaban las semanas la “bestia” se fue poniendo más pequeña cada vez, hasta convertirse en “un cachorro pequeñito suavcito”.

Otra de las estrategias terapéuticas que permitieron un cambio de segundo orden fue el empleo del re-encuadre. De esta manera la paciente reinterpretó la conducta no deseada, asociada con el atracón, percibiéndola desde un punto de vista positivo, encontrándole su utilidad. Ella encuentra que el “atracción” busca darle cariño, De esta manera, la paciente cambió la mirada hacia la conducta, viéndola desde una óptica más optimista, no como un enemigo con el cual luchaba. Esta maniobra terapéutica facilitó la búsqueda de opciones que pudieran sustituir esa conducta no deseada.

Luego del reencuadre las alternativas que ella escogió en sustitución del comportamiento sintomático tenemos: para cumplir con la misma intención positiva, que, en este caso, era darse cariño, fue tomarse un café frío.

Ella expresó que le encanta el café y también identificó su lugar favorito para tomarse un café. Se determinó también que ella empezaría a caminar a las 6:00PM, justo antes de la hora de cena, los lunes, martes y miércoles, por 45 minutos cada día, para ir subiéndole 5 minutos a la semana hasta llegar a 60 minutos por día.

Otro comportamiento alternativo al atracón era escuchar música de los 80's. Ella expresa que esa música “le da ánimos, la pone contenta, es su tipo de música favorita.” Le encanta esta música porque cuando estudiaba en la universidad, se volvió a poner de moda y siempre que salía a restaurantes y bares, la pasaba mejor cuando era música de los 80's. Se le incluyó en el plan de acción, escuchar música de los 80's, todos los días, al salir del trabajo en el carro. Esto con la finalidad de seguir rompiendo la secuencia interaccional. Una de las creencias limitantes identificadas a la hora de explorar la situación con los ejercicios era que antes de los ejercicios, ella ya estaba en “modo avión”, era una hora donde ya estaba cayendo el sol y ella entendía que “había que ponerse la pijama.”. Por lo tanto, también se incluyó escuchar esta música justo antes de subirse en la caminadora, poner una alarma para las 5:45PM con esta música, luego de ahí, seguir escuchándola hasta las 6:00PM, que es la hora de subirse a la caminadora. Esto con la finalidad de romper la secuencia interaccional que ocurre justo antes de subirse a la caminadora.

Durante las 14 sesiones del proceso de tratamiento, la paciente logró bajar 15 kilos.

Terapéuticamente se empezó a consolidar y fortalecer la autonomía de la paciente. Repasar estrategias de acción y estrategias cognitivas que le habían funcionado durante las sesiones. Algunas de estas fueron, por ejemplo, ella expresó que a veces la música de los 80's la animaba tanto, que en vez de ponerse a ver Netflix mientras caminaba, continuaba su playlist de los 80's. Conversamos sobre las capacidades adquiridas, por ejemplo, comer más lento era una capacidad inexistente. Se le prescribió ejercicios de respiración de 10 minutos antes de comer, donde aprovechaba y daba las gracias por los alimentos. También poner el reloj para irse midiendo, asegurándose que no podía terminar de comer antes de aproximadamente 20 minutos. Por último, tomar un vaso de agua media hora antes de empezar a comer. Esto con el objetivo de calmar la sensación de hambre y así comer más calmadamente.

En un seguimiento programado del caso, tres meses después, la paciente se veía más delgada, ella manifestó haber bajado un total de 13 kilos adicionales a los 15 que ya había bajado durante el tratamiento. Durante ese período, menciona que el ISE nunca ha sido más de 2 o 3 por día, y considera que son niveles completamente controlables. Manifiesta que cuando se sale de su plan alimenticio, ha sido completamente consciente, ya sea porque tiene alguna ocasión especial o está con más personas, indicándonos que no le dan sentimientos de culpabilidad ni se siente avergonzada. Ella simplemente acepta que intencionalmente deseaba eso en ese momento, o “que eso fue lo que le tocó” y al día siguiente, continua su plan normal, sin restringirse más de la cuenta ni hacer más ejercicios de los programados. Se siente tranquila y en paz, ya no presenta los pensamientos intrusivos, ni el comportamiento compulsivo de atragantarse y llenarse de comida.

## RESULTADOS

La paciente ha logrado controlar su atracón, ha cambiado su forma de percibir la comida, por lo tanto, ha mejorado su relación consigo misma. Se dio cuenta que la ansiedad del trabajo era una simple excusa para justificar sus atracones. También se dio cuenta que todo es un proceso, que, porque hoy no haya cumplido expectativas, no significa que debe sentirse culpable y/o avergonzada. Ella manifiesta: “Todo lo contrario, es una oportunidad de aprendizaje, de evaluar lo que está bien, lo que está mal y lo que puedo cambiar”. Considera que perder peso es un proceso largo y que, si ella desea que sea sostenible en el tiempo, “debe ser tomado con calma, sin prisas, un día a la vez.”

Una de las tareas que se le pidió a la paciente fue que registre el indicador subjetivo de estrés. La paciente empezó el proceso terapéutico con un ISE de 10. Al finalizar el proceso el ISE llega a dos y ocasionalmente llega a tres. Manifiesta que es totalmente manejable, así mismo menciona que ya no existe el atracón ni el deseo de hacerlo. Cuando siente el deseo de comerse algo, se lo come con moderación, o espera hasta el domingo para comérselo. Ella ha designado los domingos como “mi día de cheat meal” y así tener un régimen más balanceado, que al final, no la haga desesperarse.

La paciente empezó con 99 kilos y para la última sesión había llegado a los 79 kilos. En el seguimiento de los seis meses posteriores al tratamiento, había llegado a 71 kilos, bajando un total de 26 kilos. Dice que se siente “cómoda con el peso” ahora mismo, que lo importante es que no tiene los atracones de antes y “ya no existe la bestia desencadenada”.

En el cuadro a continuación, se puede evidenciar como el peso fue bajando.

**Gráfico 1**

*Registro Semanal del Peso Corporal de la Paciente*



El gráfico muestra el progreso de la paciente en términos de su peso corporal a lo largo del tiempo, desde el inicio del tratamiento hasta el seguimiento posterior de seis meses. Podemos observar que la paciente comenzó con un peso inicial de 99 kilos y, a lo largo de las sesiones de terapia, logró reducir su peso hasta alcanzar los 79 kilos para la última sesión. Este descenso de 20 kilos durante el período de tratamiento indica un progreso significativo en el manejo del peso y sugiere que la intervención terapéutica fue efectiva para abordar el trastorno por atracón y ayudar a la paciente a alcanzar sus objetivos relacionados con el peso.

El seguimiento posterior de seis meses revela una disminución adicional en el peso de la paciente, llegando a los 71 kilos. Esto muestra que la paciente continuó progresando incluso después de finalizar el tratamiento y sugiere que los cambios implementados durante la terapia se mantuvieron a largo plazo. Más allá, es importante tener en cuenta que el análisis

del gráfico se centra exclusivamente en el aspecto numérico del peso corporal y no aborda otros aspectos relevantes para la salud, como la composición corporal, la salud metabólica o la relación con la alimentación y el bienestar emocional. Por lo tanto, es fundamental considerar estos aspectos en conjunto para obtener una imagen completa de la salud de la paciente.

## Discusión y Conclusiones

En el tratamiento del presente caso las emociones que la paciente presentaba y su intervención terapéutica fue fundamental para el éxito del tratamiento. Esto guarda relación con algunas investigaciones que mencionan el atracón como fruto de la falta de herramientas para canalizar emociones, siendo utilizado como una forma de reprimirlas (Stice, 2010; Morales, 2015). Aunque el atracón logra calmar los afectos negativos por un corto tiempo, una vez culmina el atracón, produce el efecto contrario, con la aparición de emociones como la culpa, el fracaso o la vergüenza (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). Por ende, los atracones tienden a mantenerse debido a que neutralizan emociones negativas, distrayendo a las personas de sus dificultades. Cuando el paciente identifica que falla en su autocontrol conforme a la ingesta, el peso o su imagen corporal, experimenta una nueva autoevaluación negativa, lo cual empeora el problema (Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020); Además, muchas veces se experimenta ansiedad asociada al miedo a subir de peso. Por otro lado, las consecuencias a nivel físico, tales como el dolor estomacal y el cansancio, tienden a incrementar las emociones negativas (Stice, 2010; Ortiz Montcada, 2019).

Además de estos elementos, también pueden interferir uno o más de los siguientes factores: Perfeccionismo clínico, autoestima global negativa, intolerancia a los estados de ánimo, insatisfacción corporal, comprobación corporal, alimentación emocional y dificultades interpersonales (Hudson 2007; Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020).

Otro factor relevante es la dinámica familiar, tal cual en el presente caso, mayormente en sistemas familiares donde los padres son poco afectuosos y tienen una alta necesidad de controlar la alimentación. Esto puede desencadenar emociones desadaptativas, generando una alta vulnerabilidad ante los TCA (Morales, 2015; Escandón-Nagel y Garrido-Rubilar, 2020). También pueden llevar a los individuos a desarrollar creencias distorsionadas sobre su propio cuerpo y una obsesión por alcanzar estándares poco realistas de delgadez o perfección física. Este control excesivo puede dar lugar a sentimientos de rebelión, restricción alimentaria y conductas compensatorias poco saludables, como el atracón. Además, puede fomentar la creación de patrones de alimentación desordenada y una relación negativa con la comida.

Los atracones que la paciente presentaba, se daban en contextos de elevado estrés emocional, sobrecarga laboral y sobre todo, soledad emocional. Estos hallazgos guardan relación con lo encontrado en algunos estudios que señalan que el atracón no se produce por una sensación de hambre, se produce en situaciones de malestar, ansiedad e inestabilidad emocional, y toma acción cuando la persona está en soledad (Hernández Rodríguez y Ledón Llanes, 2018). Las personas que experimentan atracones a menudo utilizan la comida como una forma de hacer frente a sus emociones difíciles o como un mecanismo de escape ante situaciones estresantes. En lugar de satisfacer una necesidad de nutrición, el atracón puede servir como una manera de buscar consuelo, aliviar el estrés o llenar un vacío emocional.

Por otro lado, para realizar el diseño terapéutico y seleccionar las técnicas terapéuticas a utilizar, fue imprescindible identificar la estructura del comportamiento sintomático, su secuencia cognitiva y su secuencia interaccional, para poder introducir entropía con más precisión y así lograr desestabilizarlo (Nardone y Portelli, 2017). Esto es un aspecto muy importante según el modelo de Psicoterapia Breve Estratégica. Para identificar esta estructura y sus secuencias, se debe conocer el contexto donde se presenta el síntoma, las personas que están presente, el lugar donde se da, la frecuencia, la intensidad, la duración, emociones que lo acompañan, entre otras (De la Cruz, 2021b; De la Cruz Gil, 2023). Este análisis de la estructura de comportamiento implica examinar de cerca los patrones y las

interacciones entre los diferentes elementos del comportamiento problemático. Esto puede incluir identificar las acciones específicas, las creencias subyacentes y las consecuencias negativas asociadas con el comportamiento problemático.

Para el éxito del presente caso, el hecho de haber establecido y construido una buena relación terapéutica, permitió transmitir confianza y cimentar un adecuado sistema terapéutico. Esto está en relación a lo mencionado por De la Cruz, quién señala que la formación de un adecuado sistema terapéutico basado en el respeto por el consultante, es muy importante para alcanzar el éxito terapéutico. Terapeuta y consultante co- evolucionan conjuntamente (De la Cruz Gil, 2021a). Crear este vínculo con el paciente es otro aspecto muy importante, no solamente en la Terapia Breve Estratégica, si no en todos los modelos de Terapia. Por lo tanto, haber dedicado las primeras sesiones a conocer el motivo de consulta, generar contexto, identificar patrones y sus estructuras, obtener buen clima, confianza y colaboración fue una gran parte del éxito del tratamiento.

Por otro lado, tomando en cuenta que parte del problema son las soluciones intentadas fallidas, en el presente caso, se lograron identificar estas soluciones intentadas para posteriormente bloquearlas hasta eliminarlas, y dejar de alimentar el problema. De esta manera se le prescribió que dejará de ayunar y de hacer dieta, de la manera como lo venía haciendo. Esto solo incrementaba los episodios de atracón.

La estrategia de cortar con las soluciones intentadas, es importante para la terapia breve estratégica, ya que permite interrumpir el patrón que alimenta el problema (De la Cruz, 2023). Para la terapia breve estratégica, los intentos de solución alimentan el problema (Nardone, 2000; Bartoli y De la Cruz, 2023). Es por ello muy importante identificarlos adecuadamente para posteriormente bloquearlos a través de prescripciones directas.

En adición, el uso de las técnicas como la pregunta milagro, la cual fue hecha en la fase de diagnóstico, permitió construir un futuro distinto y orientar a la paciente hacia lo positivo, así como la selección de las demás estrategias alineadas a las características del trastorno, las cuales hicieron efectiva la intervención (Nardone, 2002). Las técnicas orientadas al futuro, responden a una causalidad final, ya que permiten que el consultante tenga la capacidad de construir en su representación del tiempo, un futuro distinto libre del problema (De la Cruz, 2021a).

Por otro lado, Freud afirmaba que el pensamiento en imágenes se encontraba más cerca del inconsciente que el pensamiento en palabras. En la intervención terapéutica del presente caso, se utilizaron metáforas, las mismas que demostraron ser muy efectivas. Una de las técnicas terapéuticas que mejor funcionó con la paciente fue la metáfora. Después de identificar a “la bestia desencadenada”, los episodios de atracón disminuyeron y rápidamente, desaparecieron por completo. Junto con el reencadre permitieron ese cambio de perspectiva sobre el comportamiento sintomático, casi mágicamente. La paciente pudo manejarse mejor después de ahí, y mientras más podía “domar la fiera”, más pequeña la veía, más controlable, sin amenazas. Este hallazgo es similar a lo comentado por otros investigadores que señalan que las metáforas son efectivas porque permiten al paciente externalizar el problema y analizarlo con más distancia. (Queraltó, 2006). Cuando se crean metáforas, se crea una imagen con forma y color, dejando de ser algo abstracto y convirtiéndose en algo palpable, por ende, gestionable y modificable. Esta estrategia de intervención, nos permite dejar de usar el lenguaje clínico y centrado en la patología, para centrarse en la solución y en los recursos del paciente (De la Cruz, 2022). La paciente ha mantenido su autocontrol sobre la comida y no ha vuelto a tener episodios de atracón. Está contenta con el ritmo al que va perdiendo peso y cada semana, pierde mínimo 1-2 kilos. El éxito logrado con este caso, es similar a lo reportado por otros estudios que señalan que la terapia breve estratégica es efectiva para el tratamiento del trastorno por atracón y otros trastornos alimenticios (Jackson et al., 2018; Pietrabissa et al., 2019; Castelnuovo et al., 2011).

Se concluye que el tratamiento de trastorno por atracón con terapia breve estratégica fue exitoso, se lograron los objetivos terapéuticos planteados eliminando los patrones cognitivos y comportamentales del comportamiento sintomático. Así mismo se logró reducir

la sintomatología clínica asociada, permitiendo a la paciente una mayor autonomía, autocontrol sobre la comida, logrando equilibrio y bienestar emocional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, A. (2000) *Terapia Cognitiva*. Gedisa.
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 35-43.
- Bohon C, Stice E. (2012) Negative affect and Neural Response to Palatable Food Intake in Bulimia Nervosa. *Appetite*; 58(3):964-70. DOI: 10.1016/j.appet.2012.02.051.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 63(3), 305 -312. DOI:10.1001/archpsyc.63.3.305
- Castelnuovo, G., Manzoni, G.M., Villa, V., Cesa, G.L. y Molinari, E. (2011). Brief strategic therapy vs cognitive behavioral therapy for the inpatient and telephone – based outpatient treatment of binge eating disorder: The STRATOB randomized controlled clinical trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(7), 29-37. DOI: 10.2174/1745017901107010029.
- Cebolla, A. (2012) Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Science Direct. Volume 77, Issue 2, Pages 98-102*.
- Ceberio, M., y De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 7(15), 100–111. Recuperado a partir de <https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/466>
- Cuadro, E. y Baile, J. (02 de diciembre, 2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios (2015) 6, 97-107*. DOI: 10.1016/j.rmta.2015.10.001
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Epistemología Sofista y su influencia en la terapia Breve Estratégica. Modelo Nardone. *Límite Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16 (1), 1 – 9.
- De la Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos De La Ciencia*, 5(11), 77–85.
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia y Psique*, 1(1), 67–80.
- De la Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://retosdelacienciaec.com/Revistas/index.php/retos/article/view/465>
- Fairburn, C.G., Welch, S.L. y Hay, P.J. (1993). The classification of recurrent overeating: the “binge eating disorder” proposal. *The International Journal of Eating Disorders*, 13: 155-159. DOI: 10.1002/1098-108x(199303)
- Fairburn, C.G., & Wilson, G. T. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press.
- Hudson, J. I., Coit, C. E., Lalonde, J. K., y Pope, H. G. (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 139-141. DOI: 10.1002/eat.20890

- Escandón-Nagel, N.; Garrido-Rubilar, G. (2020). Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutr Clín Diet Hosp*;40(4):108-115.
- Guisado, J. & Vaz, F. (2001) Aspectos Clínicos del Trastorno por Atracón o Binge Eating. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 21 (77), 27-32.
- Hernández Rodríguez, J. y Ledón Llanes, L. (2018) Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endicronología*; 29 (2) 1-15.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hudson, J. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry. Feb. 1*; 61(3): 34-358.
- Jackson, J.B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G.M. y Castelnuovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating Disorder and Comorbid Obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86 (8), 688-701. DOI: 10.1037/ccp0000313
- Keski-Rahkonen, A. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *National Library of Medicine. Aug*;164(8):1259-65. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06081388
- Lezama Reyes, C.A. (2015). Impacto de las redes sociales en los trastornos de la alimentación. *Alan Revista. Volumen 65, Suplemento 1*.
- López, G. C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes. 22*, 85-97. DOI: 10.1016/S0716-8640(11)70396-0
- López, R. y Felix, R. (2021) Relación entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Trastorno Límite de la Personalidad en República Dominicana [tesis de Medicina, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña] Repositorio UNPHU.
- Lladó, G., González-Soltero, R., y Blanco, M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición hospitalaria*, 34(3), 693-701.
- Marcus, M. D. (1999). *Obesity patients with binge eating disorders*. En J. D. Goldstein y J. A. Stunkard (Eds.). *The Management of Eating Disorders and Obesity* (pp. 125-53). Nueva Jersey, USA: Human press.
- Moix Queraltó, J. (2006). Las metáforas en la Psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 116-122.
- Morales, A. (2015) Trastorno por Atracón: Prevalencia, Factores Asociados y Relación con la Obesidad en Adultos Jóvenes Universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182. DOI: 10.1016/j.rcp.2015.02.006
- Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós.
- Nardone, G. (2002). *Psicosoluciones: cómo resolver rápidamente problemas humanos complicados*. Herder.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder.
- Ortiz Montcada, M. R. (2019). ¿Sabes lo que Implica un Trastorno de la Conducta Alimentaria? *Alimentación y Nutrición. Volumen 22*, págs. 85-97.

- Pietrabissa,G., Castelnuovo,G., Jackson,J.B.,Manzoni, G.M. y Gibson, P. (2019).Brief strategic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: A clinical and research protocol. *Frontiers in psychology*,10(373) 1-7.
- Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *Plos One*; 4(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0004402
- Sonneville, K.R., Calzo, J.P., Horton, N.J., J. Haines, S.B. Austin, A.E. Field. (2012). Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *Int J Obes*, 36,944-949. DOI: 10.1038/ijo.2012.68
- Stice E, Yokum S, Blum K, Bohon C. (2010) Weight gain is associated with reduced striatal response to palatable food. *J Neurosci*; 30(39):13105-13109. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2105-10.2010.