



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Carrera Psicología

“Diseño y efecto de una intervención
interconductual para reducir la conducta de
atracción: estudio piloto”

T E S I S

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

Presenta:

Diana Jhosebet Bernardino Miranda

Directora: Dra. María Leticia Bautista Díaz
Dictaminadoras: Dra. Mayaro Ortega Luyando
Dra. Adriana Amaya Hernández



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo está dedicado...

... A mi familia consanguínea: mi padre David Bernardino, mi madre María Miranda, mis hermanos David y Damaris Bernardino.

...A mis amigos, profesores, compañeros y a todas las personas que de alguna u otra manera, en mayor o menor medida contribuyeron a la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la grandiosa UNAM que me abrió las puertas y me ofreció una formación académica y personal.

A la Dra. María Leticia Bautista Díaz por acompañarme durante el proceso, corregirme y enseñarme contribuyendo a mi formación, por enseñarme que el placer no se deslinda de la responsabilidad y mostrarme el equilibrio entre lo personal y lo académico.

A la Dra. Mayaro Ortega Luyando por apoyarme en el proceso del programa de intervención, ser amable y tener disponibilidad para el trabajo, así como a sus sugerencias en la elaboración de la presente tesis.

A la Dra. Adriana Amaya Hernández por sus observaciones que enriquecieron la presente tesis.

Al Proyecto de Investigación en Nutrición por promover la ciencia, respaldando, cuidando y compartiendo el conocimiento.

A los integrantes de Entelequia Social S.C. por enseñarme con el ejemplo una manera de construir mi bienestar personal y por compartir conmigo horas y horas de conocimiento.

Al Grupo T de Investigación Interconductual por acercarme a la ciencia y abrirme las puertas del conocimiento.

A mi padre David por ser mi héroe y maestro de vida, por confiar en mí, apoyarme y dejarme ser libre aún en su compañía.

A mi madre Mary, por confiar en mí y ayudarme cada mañana, por enseñarme que sí se puede y que la fuerza y voluntad son indispensables para triunfar.

A mis hermanos David y Damaris por regalarme tardes inolvidables de risas, peleas, trabajos y momentos de infinita felicidad.

A mis tíos Javier Bernardino y Josefina Miranda por apoyarme de muchas maneras durante mi vida y mi formación académica.

Al resto de mi familia que siempre enriquecen mi formación personal y me apoyan para ser mejor cada día.

A Angélica Granados, Carolina Ortiz, Denice Olivares, Fernanda García y Yohanim Herrera por brindarme su amistad, acompañarme durante mis clases y hacer divertida mi instancia universitaria, por apoyarme en los trabajos y enseñarme a trabajar en equipo, por su amor y cariño incondicional y sobre todo por permitirme aprender de ellas como psicólogas y como mujeres.

A Angélica Campos, Nahiely Ochoa y Selene Vázquez por regalarme sonrisas y momentos de relajación para iniciar cada semana con energía y actitud pero sobre todo por apoyarme durante el proceso de cambio y aceptación de mi misma.

A ti que me has apoyado y brindado tu amor y cariño incondicional para continuar en el camino.

A todos aquellos que por alguna razón ya no están pero que en su momento me apoyaron y alentaron a continuar.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES	11
1. Sobrepeso y obesidad	11
1.1 Definición de sobrepeso y obesidad.....	11
1.2 Indicadores de la composición corporal	13
1.3 Estadísticas mundiales y nacionales de obesidad	15
1.4 Tratamientos para la obesidad	16
1.5 Etiología de la obesidad (factor biológico, social y psicológico)	18
2. Sobreingesta versus atracón alimentario	19
2.1 Características de la sobreingesta	19
2.2 Características de atracón	20
2.3 TCA y atracón	21
2.4 Variables asociadas al atracón o al TPA.....	25
2.5 TPA, atracón y obesidad: presencia e incidencia.....	28
3. Tratamientos para reducir el atracón	29
3.1 Farmacológicos	29
3.2 Psicológicos	30
DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	37
OBJETIVOS.....	37
MÉTODO	38
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN	56

CONCLUSIÓN	59
REFERENCIAS.....	60
ANEXOS	74

RESUMEN

El criterio central del trastorno por atracón (TPA) es la conducta de atracón, la cual se lleva a cabo con una frecuencia de al menos dos veces por semana en un periodo mínimo de tres meses, se le asocia con la condición de exceso de peso y deterioro en la calidad de vida, por ello, es importante desde la psicología de la salud, su intervención. El objetivo de la presente tesis, fue diseñar y someter a una prueba piloto una intervención interconductual para modificar la conducta de atracón, así como la insatisfacción corporal y la calidad de vida. En esta investigación, se empleó un diseño experimental $N = 1$ y con un muestreo intencional participaron dos mujeres (19 y 20 años, respectivamente) procedentes de la carrera de psicología de una universidad pública, ubicada en el Estado de México. Las participantes firmaron un consentimiento informado, se diagnosticaron con TPA por medio de la Entrevista para Diagnóstico de Trastornos Alimentarios cuarta versión (IDED-IV, por sus siglas en inglés), y contestaron la Prueba de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud versión breve (WHOQoL-bref, por sus siglas en inglés), asimismo, se registró altura y por medio de impedancia bioeléctrica se determinó el Índice de Masa Corporal (IMC). El estudio constó de cuatro fases: 1) diseño de intervención; 2) pretest: consentimiento informado, entrevista, llenado de cuestionarios, registro de altura y cálculo de IMC; 3) intervención, la cual se llevó a cabo en nueve semanas y constó de 14 sesiones; 4) postest, exactamente igual que la fase pretest. Los resultados indican que con el re-aprendizaje derivado de la intervención interconductual se disminuyó la frecuencia y morfología de la conducta de atracón, así como las puntuaciones del BULIT, aumentaron las del WHOQoL-bref y se reportó bienestar específico y generalizado, finalmente se observó una disminución mínima de peso. Se concluye que la intervención interconductual tuvo un efecto positivo en el comportamiento alimentario, en la insatisfacción corporal, en la calidad de vida y en el bienestar. Una limitación de la presente investigación son las características de la muestra y la falta de instrumentos específicos para las

evaluaciones (Pretest-postest). Aunado a que será necesario llevar a cabo más estudios a mediano y largo plazo, esto con la finalidad de corroborar o refutar los hallazgos.

Palabras clave: atracón, calidad de vida, insatisfacción corporal, intervención interconductual.

INTRODUCCIÓN

Las cifras elevadas de sobrepeso u obesidad que se viven en el mundo, incluido México (70%; Gutiérrez, Guajardo, & Álvarez Del Río, 2012) han llevado a instituciones y profesionales de la salud a poner en marcha diversos tratamientos para atender estos problemas de salud, no obstante, sólo 10% de los tratamientos tienen éxito, al respecto, una premisa es que la mayoría de los tratamientos carecen del componente psicológico, si se toma en cuenta que un porcentaje importante de los casos del sobrepeso o la obesidad se asocian al trastorno por atracón (TPA) o a uno de sus síntomas, concretamente con la conducta de atracón. El TPA se caracteriza por el consumo de una cantidad importante de alimentos en un lapso de dos horas, con la sensación de pérdida de control sobre la alimentación, es decir, comer con rapidez, alimentarse sin tener hambre fisiológica, realizar el episodio en soledad por sentir vergüenza debido a la cantidad de comida ingerida, además de que el episodio puede o no acompañarse de conductas compensatorias como purgas, ayuno o ejercicio excesivo (DSM-5 [APA], 2015; Franco, López, & Bautista, 2009; Mancilla-Díaz et al., 2006). A través del IMC se puede establecer si existe sobrepeso u obesidad, este indicador es una medida casi universal en el ámbito clínico y de investigación debido a que es sencillo y económico de determinar (Fernández & García, 1998; OMS, 2015).

Así, el TPA y la conducta de atracón, deben atenderse de manera especializada, ya que representan una alteración psicológica que pudiera mantener la condición del sobrepeso o de la obesidad y, en algunos casos puede potenciar la comorbilidad, no sólo física sino también psicológica. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado su eficacia sobre dichas alteraciones alimentarias, sin embargo, es del conocimiento de la autora de la presente tesis, que no se ha probado una variante de dicha intervención, como lo es la interconductual, la cual podría tener efecto positivo en la conducta de atracón y como efecto secundario, la reducción de peso, ya que el abordaje es de manera integral. Así, el objetivo de la presente investigación fue diseñar y someter a un estudio piloto un programa de intervención desde el enfoque interconductual para disminuir la frecuencia y

morfología de la conducta de atracón. Para alcanzar dicho objetivo, en esta tesis se abordaron algunos aspectos relevantes respecto al sobrepeso y la obesidad, se diferenciaron los conceptos de sobreingesta y de atracón alimentario, se describieron algunas investigaciones sobre tratamientos para la obesidad y para TPA, así como las posibles causas de la etiología del atracón en el TPA, sus variables asociadas y la presencia e incidencia en TPA y obesidad. Posteriormente se detalla el método, los resultados de la investigación, se discuten los hallazgos y finalmente se realizó la conclusión y aportación de la investigación.

ANTECEDENTES

1. Sobrepeso y obesidad

1.1 Definición de sobrepeso y obesidad

La autoridad número uno en salud –Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)– define las condiciones corporales del sobrepeso u obesidad como una acumulación anormal en el caso de la primera y excesiva de grasa, en la segunda, que puede ser perjudicial para la salud. La Norma Oficial Mexicana (NOM) para el manejo integral de la obesidad de la Secretaría de Salud (SSa, 2010) coincide con la definición de esta condición de salud, pero señala que se acompaña de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

Al respecto, algunos investigadores (Bastos, González, Molinero & Salguero, 2005; Bautista-Díaz et al., 2012; Martínez, Silva, Collipal, & Carrasco, 2008; Oviedo, Marcano, Morón de Salim, & Solano, 2007; Vázquez, López, Mancilla, Ocampo, & Velázquez, 2016) diferencian el sobrepeso de la obesidad por el grado de exceso de peso, respecto al peso ideal, donde se encuentra la relación lineal que indica que a mayor IMC, mayor comorbilidad. Ambas, se consideran una condición de salud compleja, crónica y multicausal, no exclusiva de los países económicamente desarrollados, ni de ciertos grupos de edad, etnia o clase social (Barrera et al., 2013; Vandevijvere, Chow, Hall, Umali, & Swinburn, 2015).

Es importante considerar que la obesidad se clasifica de diferentes formas. De acuerdo a su origen: *exógena*, cuando su causa se puede determinar por razones socio-culturales, como la ingestión hipercalórica de alimentos a través de la dieta desequilibrada, costumbres, disponibilidad, entre otras, o cuando la presencia de algún trastorno tiene un efecto sobre dicha condición; y *endógena*, cuando se produce involuntariamente por el individuo, tal es el caso de alteraciones metabólicas o disfunciones hormonales, como la

tiroides (hipotiroidismo), diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico o hipogonadismo; este tipo de obesidad es causada por problemas de salud, por lo que ganar peso se aleja de la falta de motivación y se registra aun con dietas alimentarias adecuadas y realizando actividad física (SSa, 2010).

Otra manera de clasificar a la obesidad, es de acuerdo a la cronología de su aparición: así se considera primaria, cuando representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos con el gasto energético; y es secundaria cuando la determina algunas enfermedades que provocan el exceso de peso. De este modo, la obesidad exógena es secundaria y la endógena es primaria (Bastos, González, Molinero, & Salguero, 2005).

Morfológicamente, la obesidad se clasifica de la siguiente manera: androide/central/abdominal (i.e., en forma de manzana) cuando el exceso de grasa se localiza principalmente en la cara, el tórax y el abdomen, este tipo de obesidad se asocia a un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general; mientras que en la de tipo ginoide o periférica (i.e., en forma de pera), la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos, este tipo de distribución se relaciona con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (várices) y con artrosis (deterioro paulatino del cartílago en las articulaciones) primordialmente de rodilla o tobillos, finalmente la de tipo homogénea, es aquella en la que el exceso de grasa es generalizada y no predomina en ninguna zona del cuerpo, es decir, la acumulación de grasa se encuentra distribuida por todo el cuerpo (Moral & Redondo, 2008; SSa, 2014).

Aun cuando el sobrepeso o la obesidad se caracterizan por el grado de exceso de peso en la mayoría de los casos, el sobrepeso es la antesala de la obesidad, por ello es fundamental conocer los indicadores que determinan su diagnóstico y que pueden retomarse para su tratamiento, de este modo en el siguiente apartado se explicitan los indicadores de la composición corporal.

1.2 Indicadores de la composición corporal

Existen diversas medidas para determinar el sobrepeso o la obesidad. Se ha documentado que antiguamente el sobrepeso se determinaba mediante el índice de Broca, el cual fue desarrollado por Paul Broca en 1871; este se obtiene al calcular el peso ideal, al tomar en cuenta la estatura y la diferencia entre el peso real y el ideal (Rodríguez-Flores, 2014). Sin embargo, Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh (2013) señalan que con base en la estadística aplicada en investigaciones del comportamiento social en 1835 Adolphe Quetelet deriva la distribución normal de variables antropométricas y desarrolla una fórmula para determinar la composición corporal y fue así como nace el IMC.

Desde entonces, el IMC es indicador relativo de la masa corporal y se ha convertido en una medida casi universal en el ámbito clínico y de investigación, debido a que es sencillo y económico de calcular, ya que para obtenerlo sólo es necesario dividir el peso en kilos entre la estatura en metros al cuadrado (peso/ estatura² Fernández & García, 1998; OMS, 2012). En la Tabla 1 se muestra la clasificación del IMC (OMS, 2015).

Tabla 1

Clasificación del IMC de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud

Clasificación	IMC
Bajo peso	<18.5
Normopeso	18.5-24.9
Sobrepeso	>25.0
Pre-obesidad	25.0 29.9
Obesidad	> 30.0
Obesidad grado I	30.0 34.9
Obesidad grado II	35.0 39.9
Obesidad grado III	>40.0

Nota: IMC = Índice de masa corporal

Algunos antropólogos, precisan que aun cuando el IMC indica la categoría de sobrepeso u obesidad, es necesario valerse de la antropometría de forma sistematizada para estudiar las proporciones y medidas corporales. Otros indicadores que proporciona la antropometría (Ocampo, 2016) atiende variables como: sexo, edad, actividad y condición

fisiológica. Siguiendo esta línea, González (2013) señala la importancia de la antropometría para estos fines, ya que el control y la prevención de la obesidad es una tarea compleja que requiere de un conocimiento profundo de las bases fisiológicas y la composición del organismo, por ello hacer un análisis de la composición corporal constituye una parte fundamental del estado nutricional.

Otra medida antropométrica a considerar es el porcentaje de grasa corporal, el cual se mide con distintos métodos, por ejemplo: a) la medición de los pliegues subcutáneos en distintos puntos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco), cuya suma se considera un indicador de la grasa subcutánea; b) a través de impedancia bioeléctrica, conocida como bioimpedanciometría, que mide la resistencia de una corriente alterna de baja intensidad que recorre la sustancia líquida en el organismo; c) la absorciometría dual de rayos X (DEXA, por sus siglas en inglés) que permite medir tres compartimentos: masa grasa, masa magra y masa ósea (Sánchez, Pichardo, & López, 2004; Lorente et al., 2012).

Para conocer el nivel de obesidad abdominal se emplea el índice de cintura y cadera. La circunferencia de la cintura es un indicador del tejido adiposo en la cintura y en el área abdominal; la circunferencia de cadera es un indicador del tejido adiposo que está sobre los glúteos y la cadera, por lo que el cociente provee un índice de distribución y cuanto más alto sea el cociente mayor será la proporción de adiposidad abdominal, por lo que también se considera como un buen predictor clínico del riesgo cardiovascular. Al respecto, se ha probado que por sí solo el perímetro de la circunferencia de cintura tanto para hombres (≥ 102) como para mujeres (≥ 88), es un indicador de riesgo para la salud (Olguín, 2008; Moreno, 2012; OMS, 2014).

Sintetizando, existen diversos indicadores de obesidad, pero se precisa que el IMC es el más utilizado y su relevancia radica en que permite hacer comparaciones entre grupos y poblaciones. Por tanto, es necesario conocer las estadísticas a nivel nacional y mundial de este problema de salud.

1.3 Estadísticas mundiales y nacionales de obesidad

En 2010 se indicó que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad habían aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en adultos (OMS, 2015).

A nivel mundial, para 2014 la OMS indicó que en el mundo, más de 1 900 millones de adultos –mayores de 18 años– tenían exceso de peso, de los cuales, más de 600 millones padecían obesidad. En 2012, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) informó que México ocupaba el segundo lugar –entre 40 naciones que integran esta organización– con el mayor número de personas con sobrepeso u obesidad. Mientras que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés, 2013) reporta que entre 1980 y 2013, la proporción global de adultos con sobrepeso aumentó de 28.8% a 36.9% en hombres y de 29.8% a 38% en mujeres. Específicamente a nivel nacional, la FAO (2013) indicó que en México, 32.8% de su población padecía obesidad, y que este porcentaje ubica al país en primer lugar y a Estados Unidos en segundo lugar (31.8%). En tanto que en 2013 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró que México es el país con mayores cifras de obesidad, donde uno de cada tres mexicanos padece esta enfermedad. Lo más alarmante de la condición de obesidad, es que esta situación epidémica en 2014 llevó al fallecimiento de 2.8 millones de personas (OMS, 2014). En cuanto al género, la SSa reportó que en las mujeres 32% de las defunciones se atribuyen a las consecuencias del exceso de peso y 20% a hombres.

Recientemente el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2016) señaló que México enfrenta la crisis de obesidad más grave en América Latina, con más del 70% de los adultos en condición de sobrepeso u obesidad. Respecto al sexo, la prevalencia fue más alta para las mujeres. En cuanto a zona geográfica es similar, ya que en regiones urbanas es de 72.9% y en rurales de 71.6%.

Respecto a la autopercepción de la población del peso no saludable, casi la mitad de la población (48.4%) se identificó con sobrepeso y una minoría con obesidad (6.7%). Asimismo, 61.3% reporta que su alimentación es saludable, mientras que 67.3% se considera una persona físicamente activa. Aunque es importante, destacar que existe una contradicción en el informe de los participantes, ya que, 40% de los encuestados hombre y mujeres (29, 795 individuos con grupos de edad: 5-11 años, 12-19 y 20 y más años) afirmó que la obesidad es de carácter hereditario, pero de este mismo porcentaje la mayoría lo asocia al consumo de bebidas azucaradas (88.3%), o a no comer verduras y frutas (84.3%), ver televisión o usar computadora (89.3%) y no realizar actividad física (94.8%; Shamaha, Cuevas, Rivera, & Hernández, 2016).

Estas estadísticas descritas, evidencian que la obesidad es un reto para el sector salud y por ende, para los profesionales de la salud, ya que, no ha sido posible detener o disminuir considerablemente la llamada epidemia del siglo XXI. Por tanto, es necesario contar con tratamientos que coadyuven a la solución de demandas sociales o de salud, como es el exceso de peso.

1.4 Tratamientos para la obesidad

Sin duda, en diversas enfermedades y concretamente, en la condición de exceso de peso, la prevención primaria sería una oportuna medida, sin embargo, la situación del mundo y del país obliga a diseñar intervenciones de acción de prevención secundaria o terciaria. Galicia y Simal (2002) mencionan que la mejor manera de prevenir un incremento de peso, es la dieta saludable y realizar ejercicio de manera regular, para ello, sugieren ir más allá de campañas informativas en cuanto a alimentación saludable, y realizar promoción de la salud a través de los medios masivos de comunicación, las escuelas y los hogares. Infortunadamente, la condición socioeconómica actual del país ha llevado a no contar con tiempo para preparar alimentos sanos y a no contar con tiempo para la realización de ejercicio. Así, los profesionales de la salud han diseñado distintos tratamientos para reducir los efectos del sobrepeso o la obesidad. Vandevijvere et al. (2015) señalan la importancia del papel que juega el gobierno en estos temas e indican que éste debería implementar políticas que logren un suministro de comida más sana, a través de una restricción de la

comercialización de alimentos no sanos y un incremento en la calidad nutricional de los alimentos que se distribuyen en las escuelas y en otros establecimientos del sector público.

Algunos investigadores (Arrizabalaga et al. 2004; Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo, & Murayama, 2013) sostienen que de manera general, los tratamientos para la obesidad, se pueden clasificar en no quirúrgicos y quirúrgicos. Dentro de la primera clasificación que también se conoce como tratamiento convencional, se atiende a pacientes con sobrepeso, obesidad tipo I y II; no obstante, bajo este rubro, se puede hacer otra subclasificación: I) básico, cuando se promueven cambios en el estilo de vida (e.g., alimentación planificada hipocalórica, actividad física y modificación de conducta); II) farmacológico cuando se prescriben medicamentos autorizados para disminuir el exceso de peso corporal y aliviar la comorbilidad asociada a la condición de obesidad; III) alternativos, que son métodos o agentes utilizados para el control del peso corporal fuera de la atención ordinaria de los sistemas sanitarios, que por carecer de pruebas científicas sobre su efecto positivo sobre la condición corporal, no se recomienda su uso. Debido a la complejidad de la obesidad, en algunos casos se debe utilizar un tratamiento combinado (i.e., dieta baja en calorías, ejercicio físico apropiado, terapia para modificación de conducta y fármacos).

Ahora bien, en el tratamiento quirúrgico para la obesidad, se trata de una intervención quirúrgica que se identifica como cirugía bariátrica, la cual se dirige a pacientes con obesidad tipo III o en aquellos con obesidad tipo II, pero con importante comorbilidad asociada a la obesidad (Bautista, 2015); es importante destacar que, se trata de una intervención quirúrgica terapéutica no estética, en la que se realizan tres tipos de procedimientos: restrictivos, malabsortivos y mixtos (para mayor profundidad en el tema se recomienda revisar Mitchell & de Zwaan, 2005). El propósito principal de la cirugía bariátrica es la reducción de peso y como resultado de ello, la disminución significativa en la mortalidad general, así como la reducción en la incidencia de enfermedad coronaria, diabetes y cáncer, además de una mejoría o resolución de otras enfermedades crónicas asociadas a dicha condición (Jaunoo & Southall, 2010; Shuchleib, Chousleb, & Shuchleib, 2006).

Ya sea tratamiento no quirúrgico o quirúrgico, García et al. (2008) señalan que el tratamiento de la obesidad obliga a realizar cambios en el estilo de vida de los pacientes no sólo durante el tratamiento, sino de por vida, así, es cardinal la comunicación entre los sistemas de salud, la sociedad en general y los pacientes. Cuevas y Reyes (2005) coinciden y afirman que a pesar de los esfuerzos para atender la problemática de la obesidad, no se han tenido resultados positivos, por lo que requieren mejores estrategias de intervención. Una de esas estrategias es el abordaje interdisciplinario con profesionales de la salud, como médicos, nutriólogos, nutricionistas, kinesiólogos y psicólogos.

1.5 Etiología de la obesidad (factor biológico, social y psicológico)

Las causas de la obesidad y el sobrepeso son múltiples y pueden clasificarse en biológicas, psicológicas y sociales. Las causas biológicas refieren a factores genéticos, alteraciones del metabolismo, características sensoriales y necesidades nutricionales, mientras que las psicológicas hacen alusión a las creencias y comportamientos de cada individuo (Aranceta, 2001). Finalmente, las causas sociales se caracterizan por las tradiciones, valores y simbolismos que influyen en los hábitos alimenticios, crecimiento poblacional y el avance tecnológico, las cuales contribuyen a modificar las costumbres, la cultura y estilo de vida de los seres humanos al promover el sedentarismo y la producción desmedida de alimentos; concretamente, la dependencia al transporte, mala higiene del sueño y excesiva e incorrecta alimentación (Martínez, Moreno-Aliaga, Marques-Lopes, & Martí, 2002; Vandevijvere et al., 2015).

De este modo, sería imposible referir una única causa de este problema de salud, no obstante, los factores sobre los que existe suficiente evidencia científica como causantes del exceso de peso son: la ingestión de alimentos con alta densidad energética, de bebidas con azúcares adicionadas, inactividad física (sedentarismo; Rivera, et al., 2013) y la presencia de TCA, específicamente el TPA (Martínez de Pinillos, Ramírez, & Rodríguez, 2015; Morales et al., 2015).

Muñoz (2005) señala que en la etiología de la obesidad los factores genéticos son importantes, sin embargo sólo permiten explicar un pequeño número de casos, por lo que

los factores ambientales permiten explicar en mayor medida la condición del sobrepeso y la obesidad, identificándose como entorno obesogénico (caracterizado por la ingestión de alimentos hipercalóricos y sedentarismo). Al respecto, Bersh (2006) considera que aunque los factores genéticos, metabólicos y conductuales son determinantes en el desarrollo de la obesidad, también deben considerarse los factores psicológicos, como la ansiedad, la depresión, el consumo de alcohol y los trastornos de la alimentación.

Con base a la importancia de los factores biológicos, sociales y psicológicos como posibles causantes de la obesidad, es necesario puntualizar la necesidad de realizar investigación en dos tipos de poblaciones: a) con obesidad y b) obesidad con presencia de trastornos psicológicos. Por ello, es relevante, conocer y diferenciar dos conductas de riesgo para desarrollar obesidad: sobreingesta y atracón alimentario.

2. Sobreingesta *versus* atracón alimentario

2.1 Características de la sobreingesta

De manera general, la nutrición se compone de tres actos: la ingestión, la digestión y la eliminación de alimentos, en personas sanas, la primera es una conducta voluntaria y las otras dos son procesos involuntarios propio del sistema digestivo, para el presente trabajo, es de interés la primera. De este modo se define la ingesta como la acción de consumir alimentos de forma voluntaria (Ascencio, 2012).

En tanto que, la sobreingesta refiere a la acción de ingerir alimentos en cantidad superior a la que el cuerpo necesita (Berrocal & Ruíz, 2002; Kinzl, Trawegger, Trefalt, Mangweth, & Biebl, 1999). Vázquez (2004), Guzmán (2012) y Kinzl et al. (1999) sostienen que la sobreingesta es un conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, principalmente por motivación biológica pero también en una búsqueda de reducir estados emocionales o afectivos. Además Kinzl et al. (1999) agrega que previo a la sobreingesta puede o no estar presente una restricción alimentaria. Mientras que, Vázquez, Witriw y Reyes (2010) indican que la sobreingesta por sí sola es relevante, ya que puede conducir al sobrepeso o a la obesidad y a la vez padecer comorbilidad médica. Sin embargo, cuando el episodio de sobreingesta altera la vida cotidiana de la

persona, y ésta lleva un grado elevado de malestar, se convierte en una conducta psicopatológica clínicamente relevante que puede conducir a un trastorno de la conducta alimentaria (TCA; Baile, 2014), esta alteración del comportamiento alimentario es lo que se conoce en el campo de los TCA como atracón.

2.2 Características de atracón

Los antecedentes del atracón, remiten al psiquiatra Albert Stunkard (Kalarchian & Marcus, 2000; Stunkard, 1959) quien fue el primero en describir un patrón de conductas alimentarias no comunes, realizadas por un subgrupo de pacientes con obesidad, entre las que se encuentra la restricción alimentaria matutina, comer en exceso por la tarde-noche de manera compulsiva y sin saciedad. Las observaciones de este clínico e investigador, lo llevaron a establecer que la restricción alimentaria conducía al atracón, convirtiéndose en una condición cíclica: restricción-atracón-restricción. Pero fue hasta la década de los 70, cuando Gerald Russell quien atendía a pacientes con anorexia nerviosa (AN), observó entre otras conductas, que algunas de sus pacientes contrario a negarse a comer –rasgo típico de la AN– comían en exceso, así que en 1979 propone criterios para una variante de la AN, lo que hoy se conoce como Bulimia Nerviosa (BN, Rusell, 1979). El grupo de trabajo del comportamiento alimentario de la Asociación Americana de Psicología (APA), basado en las observaciones de Rusell y en la investigación que se produjo durante un año, decide publicar en el DSM-III (APA, 1980) los criterios para una nueva nosología –Bulimia– y con ello, también las primeras características de un episodio de atracón alimentario, identificadas como necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse y presencia de episodios de voracidad.

Hoy, es claro visualizar que desde hace cuatro décadas, el atracón no solo representa la ingestión de una cantidad amplia de alimentos, sino que un rasgo clínicamente relevante es que va acompañado de la falta de control sobre la ingestión de alimentos. De este modo, al retomar el concepto de sobreingesta, se puntualiza que durante esta conducta, se consumen grandes cantidades de alimentos, pero no hay pérdida de control, por tanto, no necesariamente representará una conducta de riesgo, en tanto que en el atracón, la pérdida de control alimentaria es un rasgo central, por lo que su diagnóstico lo deberá realizar un especialista en el campo. De acuerdo con la

APA (2013), la pérdida de control se operacionaliza por comer a una velocidad superior de lo que se hace regularmente y sin tener hambre fisiológica. En todo caso, las conductas alimentarias de sobreingesta y de atracón, son diferentes, ambas ponen en riesgo la salud, pero el atracón lo potencializa en mayor medida.

Además, Borra (2008) indica que es trascendente tener en cuenta el contexto en que se produce la sobreingesta o el atracón; por ejemplo, lugares en donde hay gran disponibilidad de alimentos de cierto tipo, calidad y cantidad, como son fiestas o celebraciones, en el caso específico de México, son las fiestas de su independencia en septiembre, o las que se celebran en casi todo el mundo –navidad y fin de año–. Por tanto, para su diagnóstico es relevante, atender los factores situacionales y disposicionales. Cuando la sobreingesta es un episodio aislado, no representa riesgo, pero si se realiza en circunstancias cotidianas, con cierta frecuencia y con pérdida de control, entonces puede ser un síntoma de un TCA.

2.3 TCA y atracón

Los TCA son procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y conductas respecto a la ingestión de alimentos (DSM-5, [APA] 2013; Mancilla, et al. 2006). Una de esas anormalidades es la conducta de atracón, misma que se presenta en la AN, BN y TPA (DSM-5, [APA] 2013). No obstante, en la AN el atracón que se realiza es de tipo subjetivo, es decir la persona, percibe comer grandes cantidades de alimentos, cuando en realidad consume pequeñas porciones de comida. Mientras que en la BN y en el TPA, el atracón es objetivo y representa un criterio central de estas alteraciones psicológicas. A continuación se describen los criterios para BN y TPA de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013):

Bulimia nerviosa (BN):

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro 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 período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere

durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.

E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, 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 comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana (APA, 2013, p. 193-194).

Trastorno por atracón (TPA): este trastorno se publicó por primera vez en el DSM-IV (APA, 1994) como una variante de la BN, con necesidad de mayor investigación para definir su estatus. Pasaron 19 años de investigación para que este trastorno se estableciera como una entidad nosológica independiente de la BN. De acuerdo al DSM-5 (APA, 2013), los criterios diagnósticos son los siguientes:

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

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro 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 período similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., 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.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, 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 (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana (APA, 2013, p. 194-195).

Como se mencionó con anterioridad, los trastornos descritos, comparten entre sus criterios la conducta de atracón (DSM-5, APA, 2013; Gempeler, 2005; Fairburn et al., 2000). Como se puede observar, las características y la morfología del atracón para BN y para TPA, son las mismas (APA, 2013).

Al tomar en cuenta, que en la BN y en el TPA se presenta el atracón, resulta importante, referir que la diferencia estriba en que en el primer trastorno, el atracón se acompaña de métodos compensatorios para controlar el peso corporal, en tanto que en el TPA no se realizan de manera frecuente dichos métodos. Así, la presencia de TPA

se asocia con exceso de peso (Cebolla, Perpiñá, Lurbe, Alvarez-Pitti, & Botella, 2012; Mestas, Gordillo, Arana, & Salvador, 2012; Morales et al., 2014; Stunkard, 1959). En cuanto a otras variables presentes en las personas con TPA, de acuerdo con dos modelos teóricos y empíricos de la etiología del atracón (Alvarez 2000; Williamsom, 1990), esta conducta surge como respuesta a factores predisponentes, precipitantes o mantenedores. Bajo este razonamiento, el atracón no surge espontáneamente y se asocia a otras variables.

2.4 Variables asociadas al atracón o al TPA

Todo lo que satisface las necesidades básicas del ser humano se convierte en un reforzador primario, mismas que están biológicamente determinadas, entre ellas se encuentra el hambre, el sueño, la respiración, entre otras (Domjan, 2010). Para saciar el hambre, se lleva a cabo, la alimentación, en ella se dan un conjunto de acciones para conseguir, seleccionar, preparar y deglutir los alimentos, sin embargo, el comportamiento alimentario, además del factor biológico está influido por factores económicos, culturales, sociales y psicológicos (Franco, Mancilla-Díaz, Álvarez, & Valdés, 2011). En el caso del factor psicológico, una alteración en dicho comportamiento puede conducir al atracón, a los TCA o al TPA (Gandarillas & Febrel, 2000).

Algunos investigadores han confirmado que los desencadenantes del atracón y por ende del TPA, son estados de ánimo disfóricos, situaciones interpersonales estresantes, hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la percepción de la silueta corporal, el enojo, sensación de vacío, desesperación y las fluctuaciones de peso (Agras & Telch, 1998; Gasco, Briñol, & Horcajo, 2010; López, Mancilla, Álvarez, & Vázquez, 2003; López-Aguilar et al., 2010). Aunque, se ha propuesto que otros factores que también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo del comportamiento alimentario alterado son los estresores sociales, tales como: nivel socioeconómico, grado de escolaridad e incluso la ocupación laboral de los padres (Hunot, Vizmanos, Vázquez-Garibay, & Celis, 2008).

Así, las personas con TPA suelen tener dificultades importantes en el manejo y regulación de las emociones debido a características de la personalidad como la impulsividad, baja autoestima y estrés (Cruz, 2013; Cruz-Sáez, Pascual, Etxebarria, & Echeburúa, 2013; Heatherton & Baumeister, 1991; Marañón, Echeburúa, & Grijalvo, 2004; Robbins & Fray, 1980); lo cual debe ser tomado en cuenta al momento de evaluar o tratar este trastorno (Zuvirie, 2013).

El atracón o la mera presencia del TPA se han asociado con una inadecuada calidad de vida (CdV) y con insatisfacción corporal clínicamente relevante (González-Celis, Chavéz & Trón, 2013; Grogan, 2008). Específicamente, la CdV se define como la percepción que tiene un individuo acerca de su posición en la vida y en el contexto de la cultura, así mismo, refiere al sistema de valores y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses de una persona (OMS, 1995; Urzúa & Caqueo, 2012), con esta definición es claro que la CdV considera al ser humano como un ente bio-psico-social que incluye la salud tanto física como psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente.

González, Padierna, Quintana, Aróstegui y Horcajo (2001) y Linardon y Brennan (2017) reportan que los pacientes con TCA incluido el TPA presentan peor CdV que la población general. Mientras que Etxebarria, González, Padierna, Quintana y Ruiz (2002) en un estudio de corte cualitativo encontraron que los participantes con TPA coinciden en que las relaciones sociales, familiares, el estado de ánimo, la salud física, la alimentación, la educación y la vida laboral, fueron los aspectos más afectados por los síntomas del TPA. Por ejemplo, las participantes señalaron perder paulatinamente la relación con sus amistades o estar en aislamiento social, lo cual dificultaba aún más su recuperación. Así mismo, Mond, Hay, Rodgers, Owen y Beumont (2004) evaluaron la CdV en pacientes con TCA, a través del Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión breve (WHOQoL-Bref, por sus siglas en inglés, González-Celis et al., 2013), y encontraron que los pacientes con TPA reportaron menores puntuaciones, lo que se interpreta como una CdV afectada, esto coincide con lo reportado por de la Rie, Noordenbos y van Furth (2005) quienes encontraron que la presencia de TPA tiene un impacto negativo en las dimensiones de

la CdV. Los autores indican que es necesario abordar la CdV en la investigación y en la práctica clínica, lo que se corrobora con lo reportado por Franco, Díaz, Escoto y Camacho (2014) al encontrar que 30% de las mujeres y 29.2% de los varones de su estudio, indican realizar atracón, y este subgrupo en comparación con quienes no realizaban dicha conducta, reportó menores puntuaciones de CdV, concretamente la salud física y psicológica eran las dimensiones más afectadas.

Ahora bien, es importante destacar que la insatisfacción corporal no es criterio diagnóstico para el TPA, como lo es para AN o BN (DSM-5, [APA] 2013), no obstante, puede ser un precursor, o mantenedor de los síntomas del TPA. La insatisfacción corporal se deriva de la construcción de la imagen corporal en la que contribuyen la sociedad, la cultura, las características de personalidad y las experiencias interpersonales (Grogan, 2008). De este modo, en una sociedad donde se ha impuesto el ideal de delgadez como sinónimo de belleza y éxito, la combinación de diversos factores conducen a desarrollar juicios valorativos sobre el cuerpo que usualmente no coinciden con las características reales del individuo, surgiendo sentimientos de inconformidad o de insatisfacción corporal; esta se define como un grado elevado de malestar (clínicamente relevante) para la persona, que interfiere con su vida cotidiana, llevándola a adoptar comportamientos alterados que conllevan riesgos para su salud, por ejemplo, a través de la realización de recurrentes dietas restrictivas extremas, ayunos prolongados, autoinducción del vómito, ejercicio en exceso, aislamiento social, atracones, entre otros (Grogan, 2008; Stice & Bearman, 2001; Thompson & Smolak, 2001).

Algunos investigadores, con base a sus hallazgos han establecido que la insatisfacción corporal puede ser un factor de riesgo para desarrollar atracón o TCA (Ballester et al., 2002; Berengüí, Castejón, & Torregrosa, 2016; Gasco, Briñol, & Horcajo, 2010) o conducir a baja autoestima (Berengüí et. al., 2016). Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2002) encontraron una prevalencia de 6.4% de TPA en una muestra de estudiantes (hombres y mujeres) universitarios de Galicia (España), en cuanto al sexo, identificaron que las mujeres mostraron puntuaciones más altas en insatisfacción corporal. También en universitarios, Jáuregui et al. (2009) encontraron

una asociación entre las conductas alimentarias de riesgo (incluida la conducta de atracón), la insatisfacción corporal y el IMC. Por lo que estos autores sugieren necesario llevar a cabo programas de prevención primaria, secundaria y terciaria en poblaciones universitarias. Urzúa, Avedaño, Díaz y Checura (2010) encontraron que la preocupación por la imagen corporal se relaciona con una menor CdV. Así, la insatisfacción corporal y la CdV son variables que deben tomarse en cuenta en pacientes con TPA.

2.5 TPA, atracón y obesidad: presencia e incidencia

Como se describió anteriormente, resulta claro considerar que la conducta de atracón se relaciona de manera significativa con la obesidad, al respecto la ausencia de conductas compensatorias podría explicar la condición de exceso de peso en el TPA (Cebolla et al., 2012). En cuanto a la edad, el TPA se presenta tanto en adultos como en población infantil con obesidad (Gómez & Ávila, 1998; Saldaña, 2001). Al respecto, Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) indican que hay presencia de psicopatología entre los pacientes con obesidad, por lo que se sugiere hacer una especificación, es decir, precisar cuando se trata de personas con obesidad que además se acompañe del diagnóstico de TPA, ya que es necesario se atiendan de manera específica acorde a la enfermedad y al trastorno para obtener mejores resultados en el tratamiento.

Como se mencionó previamente, cuando se eleva el grado de obesidad, se eleva la complejidad de su tratamiento, la cirugía bariátrica (CB) es un tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida. Esta intervención quirúrgica modifica la anatomía funcional del sistema digestivo para inducir la reducción del peso corporal (Consejo de Salubridad General, 2009). Por tanto, en pacientes que se someten a CB, sería fisiológicamente imposible llevar a cabo la conducta de atracón. No obstante, existe evidencia de que, las personas con TPA post CB llevan a cabo atracón y este, tiene un impacto negativo en la reducción de peso, aunado a que las personas reportan insatisfacción clínicamente relevante (Bautista, 2015; Morales et al., 2015).

En cuanto a la presencia del TPA se ha encontrado que en muestras comunitarias norteamericanas, es de entre 2.8% y 3.5%, mientras que en Brasil y

Venezuela las prevalencias son del 1.8% y .6%, respectivamente (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler (2007; Quintero-Párraga, et al., 2003). En México, se encontró una presencia de casi 30% de TPA entre pacientes con obesidad que acuden a programas de reducción de peso (Bautista-Díaz et al., 2012); Morales et al. (2015) encontraron una prevalencia puntual de TPA de 3.2% entre universitarios. Mientras, que entre candidatos a CB la presencia de TPA fue de 17.7% (Bautista, 2015). Recientemente, la Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2016) mostró que en México entre la población mayor de 30 años, por cada dos hombres que presentan TPA hay tres mujeres que también lo padecen. Razones por las cuales es necesario identificar los tratamientos que se emplean para dar solución al TPA.

3. Tratamientos para reducir el atracón

3.1 Farmacológicos

A lo largo del tiempo se han diseñado e implementado una gran variedad de tratamientos para el TPA; para clasificarlos Baile y Cuadro (2015) señalan que pueden dividirse en farmacológicos y psicológicos, de tal manera que se aborden los distintos aspectos que engloba el TPA (orgánico, social y psicológico). Así, los tratamientos farmacológicos están dirigidos a combatir la obesidad reduciendo la ingesta calórica, sin embargo, no el atracón, para dicho propósito se emplean algunos antidepresivos para la inhibición del apetito (Furukawa, McGuire & Barbui, 2009). Baile (2014) y Santiago (2016) señalan que algunos inhibidores se prescriben para reducir la frecuencia de los atracones, así como para controlar la ansiedad y la depresión presentes en algunos casos de TPA. Al respecto, otros especialistas precisan que el uso de dichos inhibidores, solo se justifica como coadyuvante del tratamiento dietético y con cambios en el estilo de vida, ya que la eficacia de estos fármacos sólo se logra durante su consumo, y una vez que se suspende, el peso corporal tiende a recuperarse en mayor medida (Compés, Bretón, Cambor, & García, 2012; Langellotti, Cascú, & Chandler, 2009). Sin embargo, Reas y Grilo (2008) determinaron que los fármacos inhibidores son los menos efectivos para la reducción de peso.

Vega, Sánchez y Zaragoza (2013) indican que este tipo de tratamiento está indicado para pacientes con un IMC ≥ 27 , comorbilidad asociada a la condición de sobrepeso, como diabetes tipo II, hipertensión arterial o dislipemia –ya que esta concomitancia potencializa el riesgo para la salud–; aunque también se valora el número de intentos para la disminución del peso corporal sin éxito, esto a través de dietas o activación física durante los dos o tres meses anteriores.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que pese a la mediana efectividad de estos fármacos, también se han observado efectos secundarios como agitación, agresión, psicosis, trastornos conductuales, hiperactividad e inquietud, sedación, modificación del estado de ánimo y alteraciones en la percepción (Thigpen, Miller & Pond, 2013; Quiñonez 2011); por tanto, es necesario continuar las investigaciones para determinar el efecto de los fármacos a largo plazo y como terapia única (Baile & Cuadro, 2015; Reas y Grilo, 2008).

Así, con base a las investigaciones anteriormente expuestas surge el siguiente postulado: los tratamientos farmacológicos por sí solos no son suficientes para atender los síntomas del TPA, como es el atracón, y aunque se podría pensar que el atracón responde a cuestiones meramente orgánicas o fisiológicas, no puede perderse de vista que, en la mayoría de los casos la etiología de este trastorno es psicológica, por lo que en este campo, cobra sentido el psicólogo de la salud.

3.2 Psicológicos

Labrador et al. (2002) señalan que un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas para desarrollar habilidades adecuadas y hacer frente a los diversos problemas (psicopatológicos y no psicopatológicos), por lo que la eficacia de dichos tratamientos debe ser sometida a pruebas y controles científicos. Específicamente, respecto a los tratamientos para TCA, se ha propuesto que éstos deben basarse en dos premisas fundamentales: si hay un déficit de peso, o por el contrario si hay un exceso, pero en ambos casos se deben definir objetivos específicos reales para el mantenimiento de un peso adecuado a la edad y a la talla –no a lo estético–, pero primordialmente, lograr un ajuste psicológico, modificando la

causa de la psicopatología. Así, el principal propósito del tratamiento para TCA, es atender la parte psicopatológica para evitar complicaciones y prevenir recaídas (Aguinaga, Fernández, & Varo, 2000). Al respecto, Celis y Roca (2011) señalan que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la que tiene mayor apoyo empírico al ofrecer resultados positivos en pacientes con TCA, aunque sólo la mitad de los pacientes tienen una respuesta positiva y duradera, por lo que sugieren seguir demostrando su eficacia y quizá expandir su modelo.

Particularmente, la terapia para atender el atracón tiene sus orígenes a principios de la década de los años noventa, al emplear estrategias conductuales o cognitivo-conductuales, inicialmente usadas para el tratamiento de la BN o para la obesidad. Por ejemplo, se han empleado estrategias para la modificación de creencias irracionales, pensamientos automáticos e intrusivos sobre ciertos hábitos y conductas alimentarias para la reducción de la frecuencia de atracones, del peso corporal y mejora de la salud psicológica general de los pacientes. Así, la TCC o sólo la de tipo conductual, han demostrado su eficacia y funcionalidad en casos de TPA (Grilo & White, 2011; Murphy, Straebler, Cooper, & Fairburn, 2010; Saldaña, 2001).

Algunos clínicos e investigadores plantean que el objetivo de la TCC en el TPA es, por un lado, reducir la frecuencia y cantidad de consumo de alimentos durante el atracón, así como incrementar la actividad física, a fin de conseguir una disminución del peso del paciente, y por otro, la modificación de creencias, pensamientos y conductas relacionadas con el trastorno. Regularmente, la intervención se realiza en sesiones de grupo y se basa en modificar conductas, pensamientos, creencias y preocupaciones en torno a la alimentación, el peso y la figura; así, uno de los objetivos de esta terapia, es romper el ciclo “dieta-atracón-dieta-atracón” (Cooper & Fairburn, 1987; Kass, Kolko, & Wifley, 2013). Aunque se ha referido que en algunos casos, no se observa reducción de peso corporal (Vázquez, 2006).

Asimismo, Perelló, Martínez y Llorens (2004) demostraron la funcionalidad de la TCC para tratar TPA. En su estudio participó una mujer de 29 años quien logró reducir el nerviosismo y pensamientos recurrentes relacionados con el comportamiento alimentario, es decir se demostró un aumento del autocontrol y como consecuencia se

observó, una reducción del peso de siete kilos. Mientras que, García-Marín et al. (2016) reportan el caso de una adolescente con diagnóstico de TPA, de 19 años, estudiante de enfermería y con antecedentes paternos de obesidad. Los autores concluyen que el tratamiento fue efectivo, ya que en la fase posterior a la intervención, se observó una remisión total de la frecuencia de atracones y en la fase posterior la participante realizaba ocho episodios. Con la TCC se logró la adherencia a hábitos de vida saludables, mejorar el estado de ánimo, autoestima, reducir la ingesta y mejorar las estrategias de afrontamiento y autocontrol, sintomatología depresiva, así como mejorar sus relaciones sociales. Un aspecto que los autores destacan, fue que la paciente, aprendió a diferenciar entre las emociones y las señales de hambre/saciedad.

Pese a que la TCC ha sido una de las más empleadas para tratar TPA, Vázquez (2006) presenta una clasificación de otras terapias empleadas para este TCA:

Terapia dialéctica conductual: plantea que las dificultades en la regulación del afecto son las que pueden conducir a comportamientos patológicos o desadaptativos, como el atracón. Se basa en el modelo de regulación del afecto del atracón, según el cual este ocurre como respuesta a experiencias emocionales adversas cuando los mecanismos adaptativos para manejarlas no están disponibles.

Terapia interpersonal: se originó con el tratamiento para depresión y BN. Esta terapia se basa en modificar y solucionar problemas interpersonales, aumentar habilidades de relación y así disminuir atracones y psicopatología. Sin embargo, no hay datos respecto a la reducción de peso. A diferencia de la TCC, en lugar de focalizar la atención en los patrones de pensamiento y comportamiento, este tipo de terapia se centra en los problemas del ámbito interpersonal del paciente, planteando que las dificultades interpersonales son comunes en los pacientes con trastornos alimentarios, y además parecen contribuir al mantenimiento de dichos trastornos a través de diferentes mecanismos (González-Calderón & Ormaechea-Alegre, 2016).

Terapia conductual para reducción de peso: tiene como antecedente a la TCC. Se emplean procedimientos de psicoeducación, auto-monitoreo de alimentación, establecimiento de metas, control de estímulos, solución de conflictos y estrategias de

reforzamiento, con el fin de disminuir peso, modificar conducta alimentaria (restricción calórica), mejorar nutrición y aumentar actividad física para obtener como resultado una mayor pérdida de peso a corto plazo, sin embargo, ésta no se mantiene a largo plazo.

Grupos de auto-ayuda: se basan en la TCC. Se abordan las actitudes disfuncionales, se entrena en solución de conflictos y prevención de recaídas. Se busca la normalización alimentaria y alivio del estrés. La modalidad de auto-ayuda se caracteriza por ser un tratamiento con un menor coste y requerir menor atención por parte del especialista (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000), y breves reuniones puntuales con el terapeuta (Fairburn, & Cooper, 2011).

No obstante, es importante mencionar que hay otras intervenciones como la basada en la atención plena, la cual consta de cuatro fases: 1) psicoeducación, en la que hay una motivación y auto-monitoreo de la ingesta de comida; 2) entrenamiento conductual para el control de consumo de comida; 3) cambiar pensamientos negativos a positivos e incremento de la atención plena (básicamente entrenamiento en habilidades de afrontamiento); 4) verificar la práctica de autorregulación emocional, técnicas de atención plena y pensamientos. Sin embargo, esta intervención sólo ha demostrado su efectividad en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica (Leahey, Crowther & Irwin, 2008). A pesar de la supremacía de la TCC y de los avances en otras estrategias para atender los síntomas de los TCA en general y del TPA en particular, surge el postulado de que una intervención interconductual, podría ser útil en el tratamiento de la conducta de atracón en el TPA.

La teoría interconductual, tienen sus inicios en Kantor (1926), quien elaboró un modelo para analizar los fenómenos psicológicos y definir categorías pertinentes para el estudio de lo psicológico. Parafraseando a Mares y Guevara (2001) a continuación se rescatan las premisas propuestas por el Modelo de Kantor:

- 1) Lo psicológico es un segmento situacional que comprende la relación funcional entre las acciones de un organismo individual con las de objetos o con otro organismo, bajo esta lógica, lo psicológico siempre ocurre como interconducta.

- 2) La interconducta ocurre en situaciones: una situación se concibe como un continuo histórico que se interrumpe por un segmento. Los segmentos son constituidos por funciones de estímulo y respuesta, que tienen lugar en un campo de factores que posibilitan y probabilizan ciertas configuraciones para ciertos eventos.
- 3) Los factores que constituyen un campo interconductual son causados por agentes internos al campo: el campo interconductual es un conjunto de relaciones funcionales y para explicarlo se deben describir los factores que se interrelacionan, así se reconocen los factores posibilitadores y probabilizadores como condiciones necesarias de las propiedades cualitativas y cuantitativas de las interrelaciones entre funciones del comportamiento.
- 4) Las interrelaciones entre un organismo y un objeto u otro organismo, dependen del medio de contacto: el contacto entre un organismo y otro, está condicionado por las características del medio que regula la cualidad de la interrelación.
- 5) Los factores disposicionales representan en el campo psicológico, los aspectos que no forman parte directa de la interrelación funcional: refiere a la historia interconductual y a los factores situacionales que modulan la interrelación probabilizándola positiva o negativamente.

De manera general, el interconductismo, estudia la interacción de organismos con objetos, eventos/situaciones y otros organismos, así como con sus cualidades y relaciones específicas, además, de que los eventos psicológicos implican la participación de los organismos, objetos, eventos y situaciones en su totalidad. En este sentido, Roca (2006) señala que la Psicología Interconductual de Kantor ha aportado tres ideas fundamentales: 1) todas las ciencias estudian comportamientos; 2) hay una continuidad entre el comportamiento psíquico y el resto de los comportamientos de la naturaleza; 3) todos estos comportamientos son co-extensivos. Con estas premisas, el interconductismo plantea el abandono de la dicotomía cartesiana cuerpo-mente con todas sus derivaciones. Asimismo, Kantor (1990) comenta que desde el punto de vista interconductual siempre existen los factores primarios en todos los eventos psicológicos, es decir, una respuesta y una reacción estimulante, y estos dos factores

siempre operan en un campo de eventos complejos que se han desarrollado con el inter-comportamiento del organismo.

Al plantear una intervención interconductual, se hace referencia al análisis contingencial que se propone como “una estrategia alternativa con un qué y un cómo distintos, al dejar de ser un modelo causal y apostar por la funcionalidad en la que se analizan interdependencias entre todos los campos y se asignan pesos explicativos mayores o menores a cada factor, dependiendo de la interacción particular, al margen de su morfología” (Rodríguez & Díaz, 1999, p. 56). Así el análisis contingencial plantea como punto de partida la desprofesionalización al tomar en cuenta dos puntos: a) el participante y sus otros significativos son los que definen el problema al margen de criterios institucionales y b) el conocimiento psicológico se transmite directamente al usuario.

El análisis contingencial es una metodología para el análisis y cambio del comportamiento humano individual, que surge a partir de una concepción teórica particular, el interconductismo (Kantor, 1926; Ribes y López, 1985), así como de algunas consideraciones sobre la aplicación del conocimiento psicológico (Ribes, 1982). El análisis contingencial parte de al menos cuatro premisas: a) el sistema microcontingencial que refiere a las relaciones que son valoradas por el individuo y que se define situacionalmente, b) sistema macrocontingencial que es el conjunto de prácticas que regulan las relaciones definidas situacionalmente, c) factores disposicionales que condicionan probabilísticamente toda relación sin formar parte de ella y d) conductas de individuos mediadores de las relaciones microcontingenciales bajo análisis.

De este modo, dichas premisas permiten configurar un programa de intervención basado en la identificación y definición de la problemática (Rodríguez & Díaz 1999). Ahora bien, el análisis contingencial, aunque es una metodología interconductual aplicada a problemas psicológicos, no es la única metodología propia del enfoque, ya que, Sánchez et al. (2014) proponen psicotecnología interconductual, la cual indica que en la práctica clínica es necesario contar con el criterio de bienestar emocional, y lo

definen como la tendencia al cumplimiento de las propias expectativas. Así, las intervenciones interconductuales implican entrenar a los usuarios en habilidades y competencias para lograr el bienestar emocional.

Al considerar lo anterior y debido a que el campo de tratamiento para el TPA es fértil, se podría poner en marcha una nueva intervención –basada en psicotecnología interconductual– y así ampliar la investigación en este ámbito de la psicología de la salud. Ya que a diferencia de la amplia variedad de programas de intervención que se han realizado hasta la fecha, la teoría interconductual propone un distanciamiento de la entidad nosológica (denominación del trastorno mental) o bien del papel que juega el cerebro y los procesos internos del individuo, siendo de mayor relevancia la interacción del individuo con su medio ambiente, en este caso la conducta de atracción y la interacción con eventos y situaciones específicas (Ribes, 1990).

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Después del recorrido de la literatura realizado hasta este punto, se observa la relevancia que tiene la conducta de atracón, ya que se relaciona con el problema de salud número uno que es el exceso de peso – obesidad -, y con el hecho de que puede afectar la calidad de vida y el bienestar de quienes lo padecen, además de que la concomitancia de esta enfermedad con la alteración psicológica puede establecer una relación cíclica y fungir como desencadenantes o mantenedores de la condición de la obesidad, del atracón o del mismo TPA. Al respecto, se puede apreciar que la TCC es efectiva para tratar el atracón o el TPA, sin embargo, una alternativa es la intervención interconductual que considera la segmentación del aprendizaje, creencias y conductas, mismas que desde esta postura coexisten interrelacionadamente con ciertas situaciones y eventos. Como una variación, se plantea en esta primera aproximación, el uso de cuestionarios que permitan objetivar conductas, percepciones y creencias, con el propósito de realizar comparaciones con los datos hallados en otras investigaciones realizadas hasta este momento y para que futuras investigaciones confirmen o refuten su utilidad.

De lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de una intervención de corte interconductual sobre la conducta de atracón, la insatisfacción corporal y la calidad de vida?

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar y someter a prueba una intervención interconductual para modificar la conducta de atracón y variables asociadas.

Objetivos Específicos

1) Diseñar una intervención interconductual para modificación de la conducta de atracón.

- 2) Evaluar los efectos de la intervención interconductual en la modificación de la conducta de atracón, la calidad de vida y la insatisfacción corporal.
- 3) Evaluar el bienestar emocional a través del cumplimiento de objetivos conductuales

Hipótesis de investigación

- 1) La intervención interconductual modificará la conducta de atracón, la calidad de vida y la insatisfacción corporal.
- 2) Se identificará mejoría en el bienestar emocional.

MÉTODO

Diseño de investigación para el estudio piloto

Diseño experimental $N = 1$. Este tipo de diseños se basan en mediciones de un participante o un grupo de participantes con ciertas características comunes, con el propósito de evaluar el efecto de programas de intervención o identificar patrones o tendencias de comportamiento (Bravo & Vaquero, 2012).

Participantes

Con un muestreo no probabilístico de tipo intencional, participaron voluntariamente dos estudiantes de la carrera de Psicología de una universidad pública ubicada en el Estado de México. El criterio de inclusión fue que las participantes presentarán conducta de atracón o TPA. Mientras que el de exclusión, consistió en que las participantes se encontrarán en tratamiento para la obesidad o para el trastorno por atracón.

Escenario

La intervención se realizó en las instalaciones de la institución educativa, específicamente en un aula que cuenta con adecuada iluminación y ventilación para llevar a cabo las actividades planeadas en el programa de intervención.

Instrumentos

Consentimiento informado: formato *ex profeso*, en el cual se les explicó a las participantes el objetivo de la investigación, la importancia de su participación y el procedimiento a seguir. Se dejó en claro que las participantes, en el momento que lo decidieran podrían abandonar la investigación. Se garantizó la confidencialidad de los datos y se refirió que la presente investigación se llevaría a cabo con apego estricto al Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Hoja de datos generales: la cual recaba datos personales como nombre, edad, situación familiar, estado de salud en general y asociado a la obesidad.

Cuestionario de calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, versión breve (WHOQOL-Bref, por sus siglas en inglés): lo conforman un total de 28 preguntas, de las cuales las dos últimas son de tipo general: 1) percepción de la calidad de vida global; 2) percepción de la salud general. Este cuestionario permite la evaluación de cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Cada ítem tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert, estas se convierten en un rango de puntuación de 0 a 100, el cual indica que a mayor puntuación, mejor calidad de vida. El indicador de confiabilidad en población mexicana es de $\alpha=.75$ (González-Celis, Tron & Chávez, 2009). Este cuestionario no posee un punto de corte (PC), no obstante, se cuenta un valor de referencia para pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica con una puntuación de 61.5 como indicador de calidad de vida promedio para esta población (Bautista, 2015) o de personas que acuden a una clínica de salud (≤ 50 ; González-Celis, 2002).

Cuestionario de imagen corporal (BSQ, por sus siglas en inglés). Diseñado y validado en la población estadounidense por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) con el objetivo de explorar la autopercepción con respecto de la imagen corporal, así como identificar la presencia de insatisfacción corporal. Fue adaptado y validado para población mexicana por Vázquez et al. (2011), estos autores reportan una confiabilidad de $\alpha=.98$ y proponen un PC = 110, como indicador de insatisfacción clínicamente relevante.

Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés): Cuestionario desarrollado por Smith & Thelen en 1984. Su objetivo es detectar la sintomatología de la BN, consta de 36 ítems que se evalúan con escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta. Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) reportaron adecuadas propiedades psicométricas para población mexicana ($\alpha = .88$) y un PC = 85. Para la presente investigación, este cuestionario permitió con base a sus tres subescalas, cuantificar la conducta de atracón, los sentimientos negativos posteriores al atracón y las conductas compensatorias. Debido a que, el atracón en la BN y en el TPA requiere de los mismos criterios, este cuestionario es útil para evaluar esta conducta, las cogniciones relacionadas y la posible realización de conductas compensatorias.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios IV (IDED-IV, por sus siglas en inglés); desarrollada por Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998) con el objetivo de realizar el diagnóstico diferencial entre AN, BN y TPA, con base a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995), pero con la salvedad de que el criterio de frecuencia para los episodios de atracón es uno por semana en los últimos tres meses de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013). Posterior a la entrevista, el evaluador completa una lista de chequeo de cumplimiento de los signos y síntomas que subyacen a los criterios diagnósticos. Kutlesic et al. (1998) examinaron la confiabilidad de la IDED-IV, a través del cálculo de acuerdo diagnóstico entre jueces, con base al coeficiente *Kappa*. La confiabilidad determinó un coeficiente alfa de .64 para BN y .87 para TPA. Finalmente, es importante señalar que la IDED-IV fue adaptada para su empleo en población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, el cual incluye un recordatorio de alimentación de 24 hrs.

Aparatos

Báscula de impedancia bioeléctrica, (marca TANITA, modelo TBF-300, con capacidad de 202 kg x 0.1 kg. que sirve para conocer la composición aproximada de un cuerpo al medir la resistencia que un cuerpo opone al paso de una corriente.

Cinta métrica, cinta antropométrica marca Gulick, modelo 742-4478, esta escala métrica es flexible y estrecha, con pulsador de retracción y un espacio sin graduar antes del cero. Se utilizó para medir la estatura de las participantes, y posteriormente se registró en la báscula de impedancia para determinar el IMC.

Materiales: Hojas blancas, plumas, plumones y pintarrón.

Procedimiento

La presente intervención constó de cuatro fases, a continuación se describe cada una de ellas:

Fase I. Diseño del programa de intervención interconductual para modificar la conducta de atracón.

Fase II. Pretest: Tres sesiones: 1) firma del consentimiento informado y realización de la entrevista para determinar el diagnóstico de TCA; 2) llenado de la hoja de datos personales y de los cuestionarios; 3) registro de medidas corporales. Dos meses antes de la intervención se llevó a cabo el pretest.

Fase III. Intervención: La cual constó de 14 sesiones, las cuales se implementaron dos por semana, con una duración de 40 - 60 minutos cada una.

Fase IV. Postest: Dos sesiones: 1) llenado de cuestionarios y registro de medidas corporales; 2) entrevista de diagnóstico. Misma que se llevó a cabo a las tres semanas después de terminada la intervención.

Análisis de datos. Para valorar el efecto de la intervención, se tomaron en cuenta las puntuaciones de los instrumentos y se realizó una serie de preguntas a cada participante, con el objetivo de evaluar el bienestar después de la intervención, así como al papel y desempeño de la facilitadora.

RESULTADOS

Respecto al diseño del programa *ex profeso* de intervención, quedó conformado por 14 sesiones. Para alcanzar el objetivo general de la intervención, se consideró proporcionar psicoeducación sobre el comportamiento alimentario, así como entrenamiento en elaboración de: a) objetivos conductuales relacionados con el comportamiento alimentario, b) entrenamiento en congruencia, c) identificación de condiciones, d) identificación y modificación de creencias relacionadas con el comportamiento alimentario. En el Anexo 1, se presenta la carta descriptiva de la intervención interconductual.

Evaluación Pretest

A través de la entrevista, la especialista en comportamiento alimentario, se diagnosticó con base a los criterios del DSM-5 (APA, 2013) a ambas participantes con TPA. De manera general, las participantes indicaron llevar a cabo en el último año de tres a cuatro episodios de atracón por semana, respectivamente, es decir, ingieren cantidades de comida superior a las que cualquier persona podría ingerir bajo mismas circunstancias, con sensación de pérdida de control, así como consumir alimentos escondidos o hasta sentirse desagradablemente llenas y realizar irregularmente conductas compensatorias. En lo sucesivo, se referirán como participante 1 y participante 2.

La participante 1, al momento de la evaluación tiene 19 años y la participante 2, 20. En la Tabla 3 se observan los datos del peso, IMC y puntuaciones de los cuestionarios respecto a la fase pretest. Como se puede apreciar, al tomar en cuenta los valores del IMC, la participante 1, se categoriza con obesidad mórbida (Tipo III) y la participante 2 con obesidad tipo II, estas medidas corporales las ponen en mayor riesgo para la salud, es decir esta condición corporal puede desarrollar o mantener comorbilidad asociada a la obesidad.

Respecto a los cuestionarios, ambas participantes rebasaron el punto de corte del BULIT (≥ 85) y del BSQ (≥ 110) y se encuentran, respecto a la puntuación total del

cuestionario de CdV (WHOQoL-bref), por debajo del valor de referencia para población mexicana, es decir, de personas que acuden a una clínica de salud (≤ 50 ; González-Celis, 2002) o para personas con obesidad mórbida (≤ 61.5 ; Bautista, 2015), Estos datos, indican que ambas participantes poseen comportamiento alimentario e insatisfacción corporal clínicamente relevantes, así como una afectada CdV.

Tabla 3

Puntuaciones de las participantes con relación a las variables de estudio, peso e índice de masa corporal en la fase pretest.

Variable	Participante	
	1	2
Peso	97.8 kg	101.2kg
IMC	40.2	36.2
Total Bulimia Test	116	131
Atracón	44	47
Sentimientos negativos posteriores al atracón	27	25
Conductas compensatorias	4	8
Total Body Shape Questionnaire	170	161
Total WHOQoL-Bref	40	43
Salud Física	38	44
Salud Psicológica	44	44
Relaciones sociales	50	31
Medio ambiente	31	56

Evaluación Postest

De manera general, respecto a la batería de cuestionarios, las Figuras 1 y 2 muestran las puntuaciones de la fase pretest y postest de las participantes respecto al total del BULIT y sus subescalas (atracción, sentimientos negativos posteriores al atracón y

conductas compensatorias). Como se puede observar, la participante 1, disminuyó 32 puntos la puntuación total del BULIT (116 y 78, respectivamente). Tomando en cuenta el PC (≥ 85) para la fase posttest, la participante 1 se encuentran por debajo de este, mientras que, la participante 2, aún con la disminución de 40 puntos (131 y 91, respectivamente) aún se encuentra por arriba del PC.

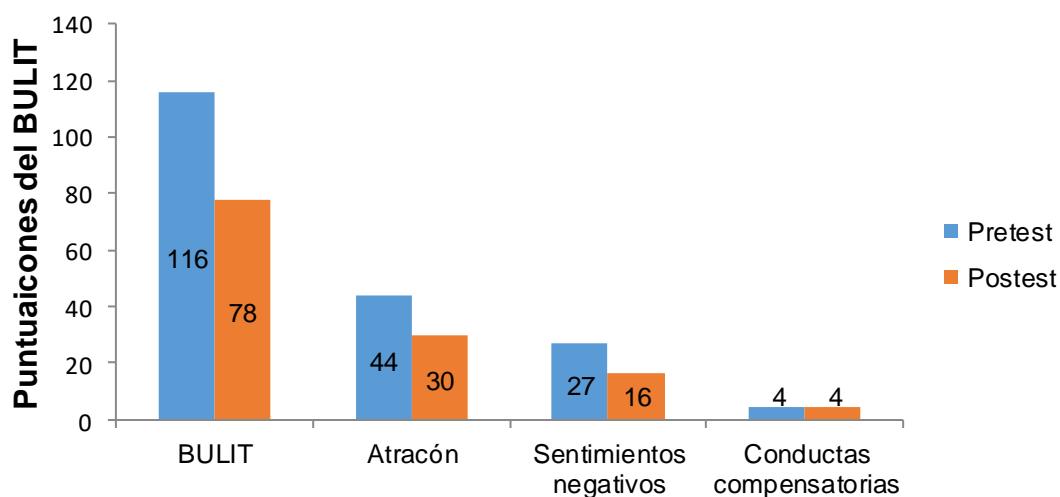


Figura 1. Puntuaciones pretest-posttest de la participante 1 con relación al BULIT y a sus subescalas. Nota: BULIT = Test de Bulimia.

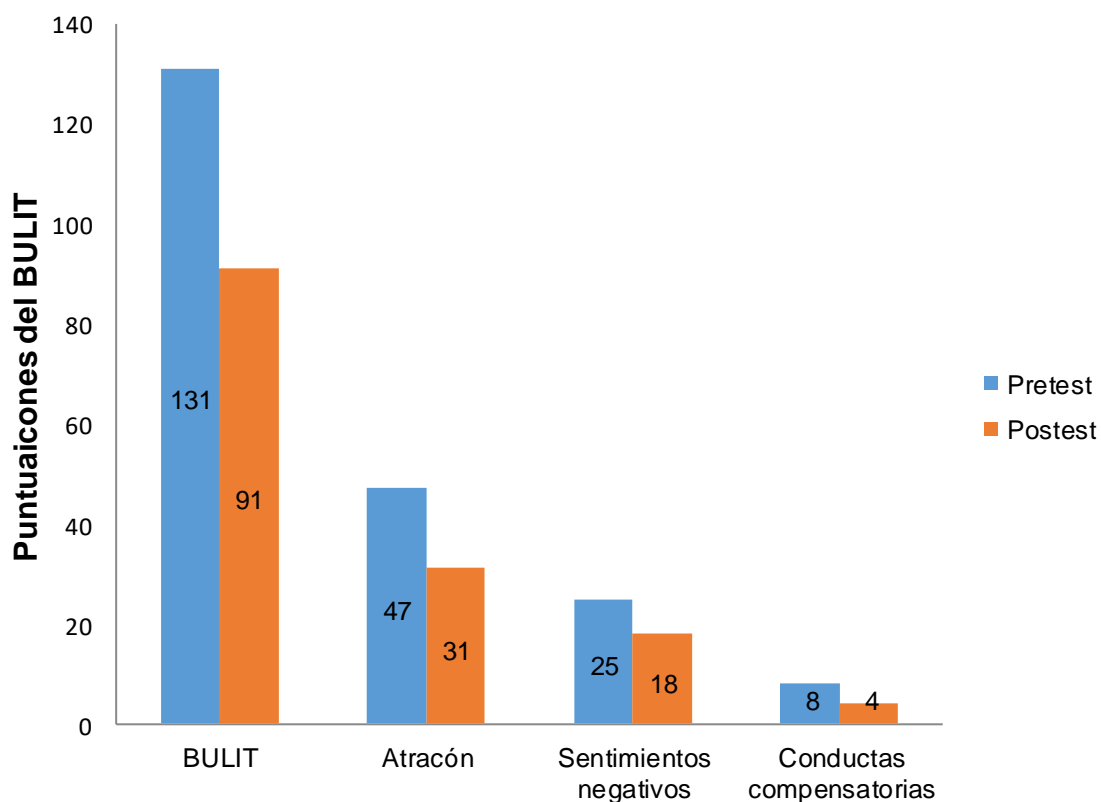


Figura 2. Puntuaciones pretest-postest de la participante 2 con relación al BULIT y a sus subescalas.
Nota: BULIT =Bulimia Test.

En la Figura 3 se muestran las puntuaciones del BSQ para las fases pretest y postest. Se observa que ambas participantes, disminuyeron sus puntuaciones considerablemente en 82 y 50 puntos respectivamente. Los datos de la participante 1 revelan que se encuentra por debajo del PC (110) y la participante 2, se encuentra un punto arriba.

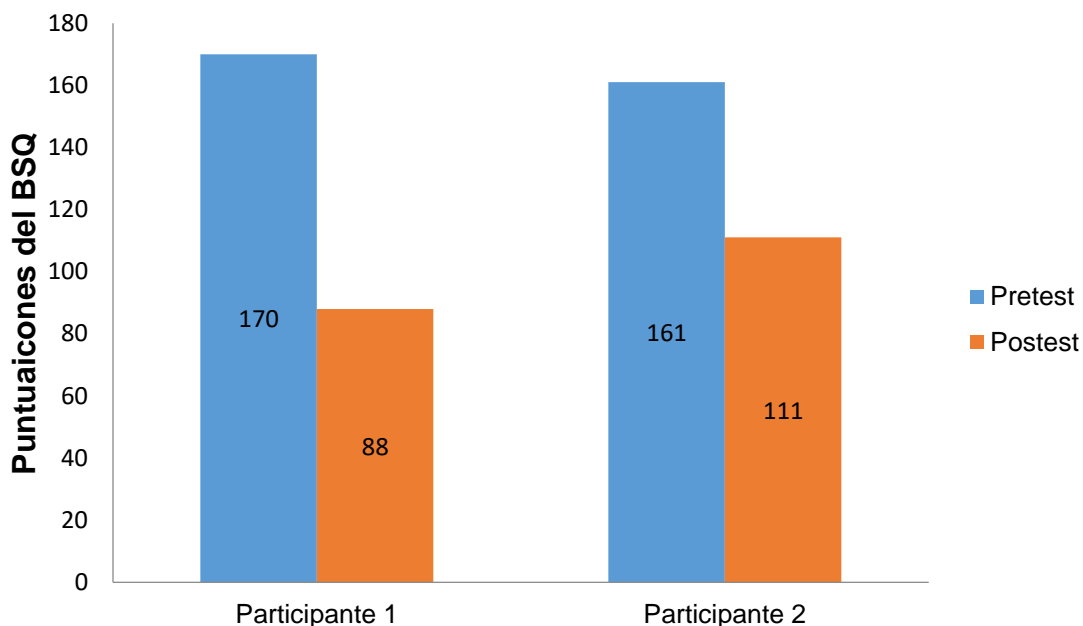


Figura 3: Puntuaciones de las dos participantes de la fase pretest y posttest con relación al BSQ. Nota: BSQ = Body Shape Questionnaire

En las Figuras 4 y 5 se presentan los resultados del WHOQOL-bref. Los datos señalan que ambas participantes aumentaron las puntuaciones totales, la participante 1 en 18 puntos y la 2 en 10, lo cual refiere una mejoría en la CdV total al puntuar por arriba de 50. Respecto a salud física, aumentaron considerablemente (25 y 19 puntos, respectivamente); en tanto que a la salud psicológica la participante 1, aumentó positivamente 19 puntos, pero la participante 2 se mantuvo con la misma puntuación antes y después de la intervención; también las puntuaciones de la dimensión de las relaciones sociales se incrementó en 6 y 19 puntos, respectivamente; finalmente, con relación al medio ambiente, la participante 1 aumentó en 19 puntos y la participante 2 mantuvo las mismas puntuaciones.

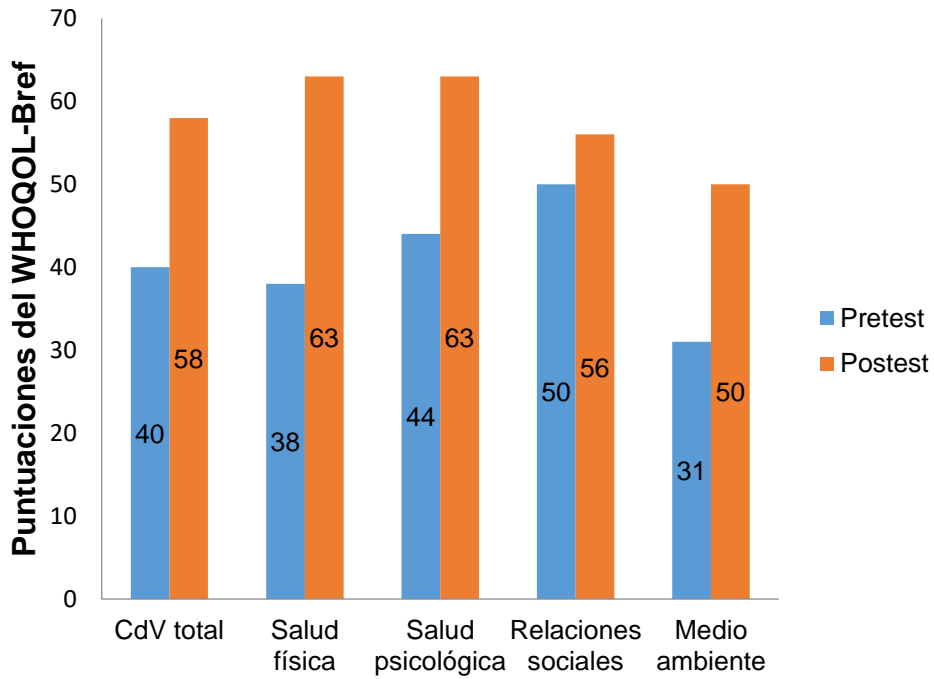


Figura 4: Puntuaciones pretest-postest del WHOQOL-bref de la participante 1.
Nota: WHOQoL-bref = World Health Organization Quality of Life, bref.

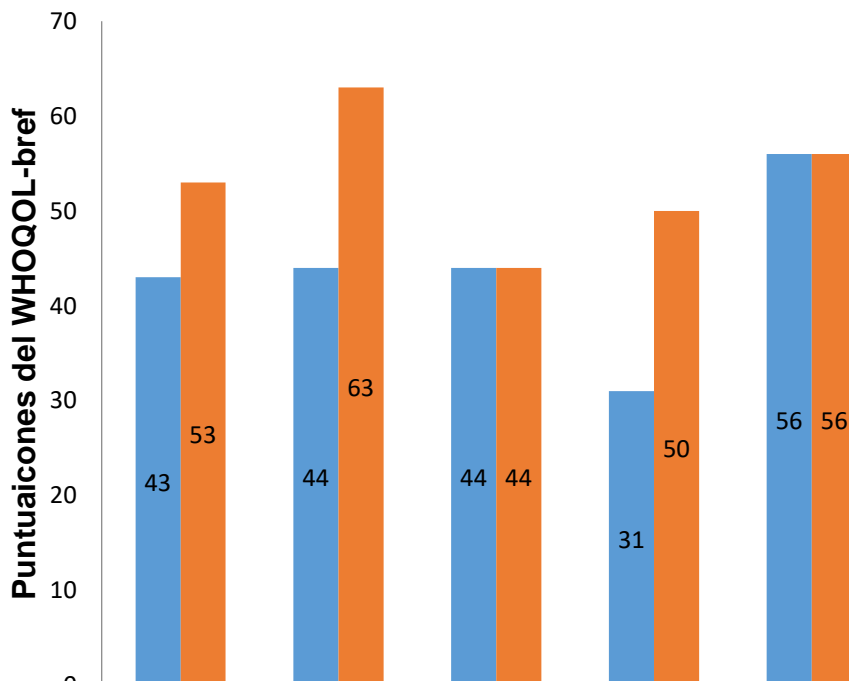


Figura 5: Puntuaciones pretest-postest del WHOQOL-bref de la participante 2.
Nota: WHOQoL-Bref = World Health Organization Quality of Life, bref.

Finalmente, la Tabla 4 muestra los valores de peso e IMC de cada participante, antes y después de la intervención, se puede observar que respecto al peso la reducción fue de 500g y 200g respectivamente, por lo que, los IMC las mantiene en la misma categoría de obesidad (Tipo III y tipo II, respectivamente). Un hallazgo interesante es que no hubo un incremento de peso durante la intervención.

Tabla 4

Peso e IMC de las participantes respecto a la fase pretest y postest.

	Participante	Pretest	Postest
Peso en Kilos	1	97.8	97.3
	2	101.2	101.0
IMC	1	40.2	40.0
	2	36.3	36.2

Nota: IMC = Índice de masa corporal

Re-aprendizaje y bienestar posterior a la intervención: entrevista

Durante la entrevista postest que se realizó a las participantes (de manera individual), ellas reportan una reducción en la frecuencia de los atracones: Participante 1; de 4 a 0 y participante 2; de 3 a 0. No obstante, se destaca que al tomar en cuenta el criterio de duración (tres meses) de los síntomas para TPA de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) las participantes siguen cumpliendo el diagnóstico, a pesar de la reducción en la frecuencia del número de atracones. Sin embargo, durante la intervención, ambas participantes reportan una sensación de bienestar momentáneo y generalizado, ya que no aumentaron de peso y lograron cumplir con los objetivos planteados.

Respecto al re-aprendizaje y al bienestar, traducido en cumplimiento de objetivos, desde la postura interconductual, a continuación se detallan los productos permanentes y aprendizajes de cada una de las participantes.

Objetivos conductuales participante 1

1. Yo trabajaré en comer sólo para satisfacer mi necesidad fisiológica, haré cinco comidas al día: tres comidas completas fuertes y dos colaciones, estas últimas, serán frutas o verduras, tomaré mayor cantidad de agua.
2. Yo realizaré como mínimo 30 minutos de actividad física (caminar) y llevaré el registro en un calendario.
3. Yo me esforzaré en comer menor cantidad de chocolates, así como reducir la frecuencia con la que lo hago y llevaré un registro.
4. Yo trataré de dejar de comer entre comidas y procuraré preparar mis alimentos y colaciones para evitar consumir alimentos chatarra en la calle.
5. Yo estableceré y atenderé horas específicas para llevar a cabo mis comidas y trataré de dormir bien, con ayuda de alertas en mi celular.

Identificación de condiciones

Durante estas sesiones se registraron las fechas en las que se presentaron los episodios de atracón, así como antecedentes, objetivos, pensamientos, conductas, situaciones y consecuencias relacionados con la conducta alimentaria.

Identificación de condiciones: participante 1

En la Tabla 5, se observa fecha, número de episodio, así como pensamientos, emociones y las condiciones precedentes y durante la conducta de atracón.

Tabla 5

Registro de número de episodio, fecha, conductas, pensamientos y emociones relacionadas con la conducta de atracón de la participante 1.

Número de episodio	Fecha	Condiciones, pensamientos, emociones y conductas antes y durante el episodio de atracón
1	15/Febrero/2017	Eran las 10:00 a.m., se encontraba sola, mientras limpiaba los platos de la cena, empezó a comer tortillas, aún sin tener hambre. Ella pensaba en comer comida sólida (pero no fruta), por lo que comió muchas tortillas y el contenido de una lata de atún. Continúo comiendo aun sintiendo malestar estomacal por la cantidad de comida ingerida, sin embargo quería seguir comiendo y se auto- regañaba mentalmente por querer seguir comiendo.
2	18/Febrero/2017	Eran las 15:00 p.m., se encontraba sola haciendo tarea, sin embargo sintió sed, fue a la cocina para buscar agua y fruta. No obstante, comió espagueti con crema, y tomó bastante agua, mientras comía pensaba en el miedo de engordar, para evitar esos pensamientos empezó a cantar una canción y a contar números. Finalmente, sintió miedo de verse ahí comiendo sola, entonces se auto cuestionó ¿por qué lo hago?
3	19/Febrero/2017	Eran las 14:30 p.m., se encontraba sola. Se sentía muy presionada por la tarea y quiso comer un poco, porque su historia le hacía sentir que así podía calmar su estrés y ansiedad. Sin embargo, empezó a comer comida en exceso y al mismo tiempo pensaba: “¿por qué estoy comiendo?”, “si como un poco más no lograré parar”. Posteriormente, logró detener el consumo de alimentos y señaló sentir miedo por ceder a comer en exceso nuevamente.
4	27/Febrero/2017	Eran las 18:00 p.m., se encontraba sola. Se sentía ansiosa y decidió abrir el refrigerador para comer algo. Pensaba que solo comería un poco, así que inició un episodio de atracón, pero detuvo la ingesta al sentir el estómago lleno. La participante refirió sentir alegría por detener el episodio y al mismo tiempo percibió una emoción en su estómago.
5	05/marzo /2017	Eran las 17:00 p.m., se encontraba sola. Sentía hambre y tuvo la sensación de llevar a cabo un episodio, pero comió únicamente lo necesario. Logró identificar la sensación de hambre y de las emociones, lo cual la hizo sentir bien consigo misma.

Tabla de correspondencias funcionales: participante 1

En las tablas de correspondencias funcionales se identificaron las creencias coherentes e incoherentes, así como los desempeños congruentes e incongruentes y las situaciones favorables y desfavorables.

En cuanto a las creencias incoherentes de la participante 1, ella señala: *“que flojera hacerme mi comida”, “no quiero cargar tanta comida”, “no puedo evitar comer chocolate en las fiestas de cumpleaños”, “el tamaño del chocolate no importa siempre y cuando sea uno”, “el chocolate tiene otros fines saludables y puedo comer tres, si me siento decaída”, “que flojera hacer ejercicio”, “no puedo hacer ejercicio diario porque pierdo tiempo”, “si un día no puedo hacer ejercicio, no pasa nada”, “no puedo seguir mi plan propuesto, porque en mi familia surgen actividades inesperadas”, “con las tareas no siempre puedo dormir a una hora”, “no siempre puedo comer saludable ni darme mis tiempos”.*

En este sentido, la participante 1 presenta pensamientos incongruentes lo que probabiliza desempeños incongruentes como: no hacer sus colaciones de comida, comer chocolate dos días seguidos, no hacer ejercicio, comer muy rápido, levantarse tarde y no seguir un plan. Así, durante la intervención el auto-cuestionamiento fue una herramienta necesaria para modificar sus creencias y su desempeño, en este sentido, una vez realizado el auto-cuestionamiento, sucesivamente sus creencias fueron coherentes, lo cual generó la posibilidad de cumplir sus objetivos: *“comer poco, pero hacerlo cinco veces, me hará sentir satisfecha”, “el alimento es la respuesta para llegar a bajar de peso”, “la comida me puede saciar”, “puedo comprar fruta en vez de comida chatarra”, “hay frutas más ricas que el chocolate”, “no consumir chocolate es menos grasa que procesar”, “el ejercicio me mantiene activa”, “me siento mejor conmigo misma cuando hago ejercicio”, “puedo establecerme cosas que sé que puedo cumplir”, “la comida y cena tienen un horario establecido”.*

En cuanto a los objetivos planteados, se logró que la participante disminuyera su consumo de chocolate de uno diario a uno cada tercer día e incluso uno cada tres o más días; asimismo, cambió el consumo de comida chatarra por colaciones de fruta; preparó comida en casa para llevar a la escuela; realizó actividad física (caminar). También se logró, con ayuda de las alertas en el celular, una mayor organización en los tiempos de su comida y en horarios para ir a dormir.

Objetivos conductuales: participante 2

1. Yo reduciré el consumo de comida chatarra
2. Yo entenderé mis emociones cuando aparezcan
3. Yo orientaré mi tiempo a realizar diversas actividades y haré actividades que me gusten.
4. Yo distribuiré mis horarios para poder comer en casa y hacer ejercicio, con ayuda de un cronograma de actividades.
5. Yo aceptaré y amaré mi cuerpo tal como es, cuidándolo y respetándolo a diario, comiendo sólo lo que mi cuerpo necesita.
6. Yo cambiaré mis hábitos diarios de alimentación, ejercicio y vida en general.

Identificación de condiciones: participante 2

En la Tabla 6 se observan el número, fecha y condiciones de los episodios de atracón de la participante 2.

Tabla 6

Registro de número de episodio, fecha, conductas, pensamientos y emociones relacionadas con la conducta de atracón de la participante 2.

Número de episodio	Fecha	Condiciones, pensamientos, emociones y conductas antes y durante el episodio de atracón
1	11/Febrero/2017	Era la 1:00 p.m., estaba en un evento familiar. Tenía hambre y empezó a comer, su madre le dijo: “¡ya no quiero que comas!” y ella pensó: “¡quiero comer más!”. Durante la ingestión de las amplias cantidades de alimento, se sintió intranquila por la posibilidad de que su madre la descubriera comiendo.
2	14/Febrero/2017	Eran las 12:00 a.m., fue a la papelería por material. Miró los dulces de la vitrina y compró chocolates, que comió desesperadamente en cuanto llegó a casa. Mientras comía, se sintió intranquila por temor de que alguien se diera cuenta y encontrarán las envolturas de los chocolates que consumió.
3	15/Febrero/2017	Eran las 7:00 p.m., se encontraba en clases. Tuvo un episodio de inquietud, debido a que realizaría una exposición académica; como tenía acceso a comida, llevó a cabo un intento de iniciar el tercer episodio, sin embargo, la participante lo evitó auto-cuestionándose y realizando otras actividades (e.g., repaso de su exposición).
4	17/Febrero/2017	Eran las 2:30 p.m., la participante se preparaba para ir a la escuela, en ese momento, su hermano discutió con su esposa y esto le generó una sensación de descontrol y ganas de comer, sin embargo, pudo darse cuenta de que se presentaría un atracón, por lo que se apresuró para ir a la escuela.
5	22/Febrero/2017	Eran las 9:30 a.m., estaba en casa. Quería comer, así que salió a comprar dos paquetes de galletas que empezó a comer sin control. La participante, identificó que estaba llevando a cabo un atracón, pero lo detuvo. Sintió emociones encontradas, por un lado, angustia por comer en exceso y rápido y por el otro, sintió tranquilidad y bienestar por detenerlo.
6	24/Febrero/2017	Era la 1:00 p.m., se encontraba en casa viendo una película, previamente, había comprado comida chatarra, al momento de comer identificó que se estaba atracando, sin embargo, no pudo parar porque pensaba: “si mi mamá encuentra ésto, me va a regañar”, “así que me lo tengo que acabar”. La participante indicó que posterior al atracón, se sintió incómodamente llena y frustrada.
7	06/marzo/2017	Eran las 2:00 a.m., los miembros de su familia dormían. La participante estaba haciendo tarea y al mismo tiempo, pensaba en que debía comer algo, por lo que se dirigió al refrigerador y empezó a comer queso. En otras circunstancias, antes de la intervención, continuaba comiendo, en esta ocasión, sólo comió un poco y regresó a terminar su tarea, lo cual la hizo sentir bien consigo misma.
8	07/marzo/2017	Eran las 9:00 p.m., estaba en su recámara, una discusión familiar la hizo sentir enojada y desesperada. Su primer pensamiento fue comer algo, por lo que salió a comprar tres bolsas de papas fritas y una bebida energética. De regreso a casa se encerró y empezó a comer, pero logró detener el consumo, auto-cuestionándose sus sentimientos, hambre vs. enojo, por lo que, se tranquilizó sin necesidad de atracarse.

Tabla de correspondencias funcionales: participante 2

En cuanto a la identificación de creencias incongruentes de la participante 2, se identificaron las siguientes: “iré a la tienda y compraré todo lo que vea”, “no creo que comer mucho de esto me afecte”, “mejor como, esto de pensar me estresa aún más”, “mejor me quedo a dormir un rato más”, “que flojera tener que buscar actividades”, “no haré la tarea, que me la pasen en la escuela”, “me desvelaré platicando”, “con cuatro horas de sueño, sí la armo”, “soy fea”, “no me gusta cómo me veo”, “¿para qué te esfuerzas? No vas a lograr nada” y “estás gorda”.

Para modificarlas se empleó el auto-cuestionamiento. En cuanto a los objetivos planteados, la participante 2, comenta que realizó un cambio en la percepción que tiene de la comida chatarra y por ello, solo un día a la semana come “mal” y el resto se alimenta “sanamente”; en cuanto a las emociones, ella comentó que ha reflexionado sobre el por qué de ciertas cosas y ha escrito un diario en el cual puede expresar mejor sus emociones; para cumplir el objetivo de planificar su tiempo, la participante ha buscado cursos de inglés y ha salido los fines de semana con amigas; mientras que, para la organización de sus actividades, ha realizado un cronograma, del cual ha podido cumplir todas las actividades planificadas para aceptar su cuerpo tal y como es, ha escrito en su diario y hace auto-diálogo diciéndose cosas positivas acerca de su físico y cuestiona las creencias que la alejan de este objetivo. Finalmente, refirió que sale a caminar, come cinco veces al día, toma más agua y trata de dormir lo suficiente.

Bienestar emocional posterior a la intervención

Respecto a la evaluación del bienestar emocional posterior a la intervención, así como al papel y desempeño de la facilitadora. A continuación se describen los comentarios de cada una de las participantes respecto a la utilidad de la intervención y áreas de oportunidad:

Participante 1

De manera general, la participante 1 refirió: *“No he estado ansiosa por la comida. He tenido tiempo de preocuparme por otras cosas”, “Siento un peso más ligero, ya no siento presión por peso corporal”, “...ya no tengo vocecitas en mi cabeza que me dicen, come, come, come...”, “Me estuve auto-cuestionando y esto me tranquiliza”, “Me siento bien porque me encontré a mí misma, platicando conmigo misma y ahora separo las cosas, por ejemplo, comida, emociones, actividades...” “He sentido un cambio, desde mi alimentación, hasta mi vida en general”, “Ahora comprendo que estamos en constante cambio y hay cosas que me afectan, y antes lo quería aliviar con la comida, hoy sé que hay otras cosas por hacer”*

En cuanto al desempeño de la facilitadora, la participante 1 refirió: *“Logró que obtuviera un avance por mi salud”, “Considero que es una persona competente y este trabajo lo realizó de manera eficaz”.*

Participante 2

“Me siento optimista y bien”, “Tener cambios, en algo funciona, como la primera vez que pude detener mi episodio de atracón”, “...al final supe que había un cambio, y decidí ir al nutriólogo...”, “He reducido mis episodios en un 50% ...”, “... creo que ya soy un poco más abierta para expresar mis sentimientos”, “...todavía me cuesta trabajo decir las cosas a las personas pero lo escribo en el diario y me siento bien”, “Ahora espero a que se me pase la emoción y luego lo hablo”.

En cuanto al desempeño de la facilitadora la participante 2 indicó: *“...me ayudó a identificar los episodios”, “Me enseñó a cuestionarme y a ser congruente con mi pensamiento y conductas”, “Ahora sé crear objetivos reales, no solo para mi forma de comer”. “Su desempeño fue muy bueno, siempre estuvo al pendiente de nosotras (refiriéndose a las dos participantes) y se esforzó por hacer todo muy dinámico”.*

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue diseñar y someter a prueba una intervención interconductual para modificar la conducta de atracón. Así, en cuanto al estudio piloto de la intervención *ex profeso*, los hallazgos aquí encontrados dan cuenta de resultados positivos en cuanto a la mayoría de las variables evaluadas.

En primer lugar, respecto al cumplimiento de objetivos conductuales relacionados con el comportamiento alimentario, con base en las declaraciones de las participantes, se observa que la intervención cobró efecto a nivel subjetivo, ya que se logró el bienestar definido como “el cumplimiento de expectativas” y condujo al reaprendizaje de un estilo de vida más saludable y a un mejor estado de bienestar emocional general (Sánchez, et. al., 2014). Estos hallazgos coinciden con lo reportado por García-Marín et al. (2016) y Perrelló et al. (2004), quienes realizaron intervenciones con TCC, se puntualiza que las características de las participantes son similares, en cuanto a sexo, edad (19-20 años) y ocupación (estudiante universitaria); en dichas investigaciones, se documentó la reducción en la frecuencia de atracones, mayor adherencia a un comportamiento alimentario más saludable y de manera general, a un mayor autocontrol.

Los datos del presente estudio, se suman al postulado de que el cumplimiento de expectativas puede ser indicador de bienestar emocional (Sánchez et al., 2014); en esta investigación después de generar objetivos conductuales, se consiguió la identificación de emociones y sensaciones, así como el desarrollo del auto-diálogo o cuestionamiento respecto a pensamientos y creencias incoherentes relacionadas con el comportamiento alimentario, lo que permitió identificar el inicio de un episodio de atracón, así como evitarlo o ya iniciado, detenerlo, tal como se ha reportado en intervenciones previas con TCC (Perrelló et al., 2004); las participantes de este estudio, reportaron percibir bienestar inmediatamente, después y a mediano plazo, de reconocer el autocontrol sobre la conducta de atracón y como consecuencia se manifestó bienestar general, es decir se pudo extrapolar a otras áreas de la vida de las participantes.

Por otro lado, se ha evidenciado que mujeres con sintomatología de TCA, presentan importante insatisfacción con la imagen corporal (Lameiras, Calado, Rodríguez, & Fernández, 2003; Marín, 2002). Los hallazgos aquí encontrados se suman a dichas evidencias, y aunque no es posible determinar la causalidad lineal, la insatisfacción corporal, puede fungir como desencadenante o mantenedor del atracón, ya que es un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta conducta (Ballester, De Gracia, Patiño, Suñol, & Ferrer, 2002; Gasco, Briñol, & Horcajo, 2010; Vega, Piccini, Barrionuevo, & Tocci, 2009). La disminución en las puntuaciones de insatisfacción corporal de las participantes permiten determinar un efecto positivo, lo cual está en línea con lo encontrado en otras intervenciones sobre esta variable (Ballester et al., 2002; Escoto, Camacho, Rodríguez, & Mejía, 2010; Perelló et al., 2004; Sánchez-Carracedo, et al., 2004).

Sin embargo, la insatisfacción corporal no es el único aspecto que se ve afectado, ya que en la fase previa a la intervención también se identificó una calidad de vida afectada, los hallazgos de esta intervención coinciden con lo reportado por Gasco et al. (2010) y quienes señalan que el TPA impacta negativamente en la percepción de calidad de vida, de la salud en general y del bienestar psicológico. En la presente investigación, posterior a la intervención, mejoró la calidad de vida de las participantes, entendida como la salud física, la salud psicológica y las relaciones sociales, estos datos confirman lo encontrado desde la TCC (Escoto et al, 2010; Linardon & Brennan, 2017), ya que al observarse una reducción en la insatisfacción corporal, mejoraron las relaciones sociales (Escoto et al, 2010).

Respecto al impacto de la intervención sobre el peso corporal, aun cuando los resultados muestran una reducción entre 200 y 500gr, es importante tomar en cuenta que el tiempo es limitado para observar una mayor reducción, pero lo que se destaca es que se logró impactar en la psicopatología alimentaria, en la insatisfacción corporal y en la calidad de vida, este hallazgo coincide con lo reportado por Vázquez (2006) quien indica que a pesar de que las intervenciones producen cambios en el comportamiento alimentario, no se observa reducción de peso, al respecto, se puede hipotetizar que el bienestar percibido inmediatamente posterior a la intervención puede

servir como motivación para seguir cumpliendo metas e impactar a mediano plazo, en una mayor reducción de peso. Al respecto, Labrador et al. (2002) han señalado que un tratamiento psicológico es una intervención profesional cuyo propósito es desarrollar habilidades adecuadas para hacer frente a diversas alteraciones, tanto psicopatológicas como no psicopatológicas, bajo esta lógica las participantes de este estudio, lograron el aprendizaje tanto en la realización como el cumplimiento de objetivos conductuales, por lo que será necesario evaluar a largo plazo los resultados.

Sugerencias para futuras investigaciones: se reconocen limitaciones en la realización del presente estudio, por lo que se sugiere considerar algunos aspectos: tamaño de la muestra y las características específicas de las participantes. Por lo que se recomienda trabajar con una muestra más amplia y diversa, evaluar seguimientos a mediano y a largo plazo, así como generar herramientas desde el enfoque interconductual específicas para evaluar y modificar comportamiento alimentario, por ejemplo, realizar análisis conceptuales de la conducta de atracón, del bienestar y regulación de emociones, ya que en esta primera aproximación, se utilizaron cuestionarios para realizar la evaluación pretest y posttest, con el objetivo intencional de comparar los hallazgos con estudios previos desde otros enfoques.

CONCLUSIÓN

Se concluye que la intervención interconductual tuvo un efecto positivo en la frecuencia y morfología de la conducta de atracón, así como la reducción en la insatisfacción corporal y mejoría en la calidad de vida de las participantes. Cabe mencionar que aunque la reducción de peso fue mínima, los resultados son interesantes, por lo que, será necesario corroborar o refutar los hallazgos en evaluaciones a mediano y largo plazo, en las variables de estudio.

Fue evidente, que el atracón se usa como modulador de estados emocionales y la realización/cumplimiento de objetivos conductuales permitió el bienestar de las participantes.

El presente estudio piloto, arrojó hallazgos prometedores para el campo de los TCA, ya que representa, el inicio de un campo fértil para ampliar la intervención para el atracón o el TPA. No obstante, la autora de la presente tesis sugiere continuar con las investigaciones desde el enfoque interconductual en el abordaje del tema de atracón y más concretamente de la relación con la obesidad. Ya que, como se mencionó en el marco teórico del que se parte para el desarrollo de la presente tesis, la obesidad es una condición de salud compleja, por lo que su abordaje requiere de un equipo interdisciplinario, así estos hallazgos podrían nutrirse con aportaciones de otras disciplinas de la salud, para que en lugar de realizar prevención secundaria, se pueda desde este enfoque realizar prevención primaria con la elaboración de objetivos conductuales precisos y alcanzables a corto plazo. Estos resultados no pretenden la generalización, ya que las participantes de esta intervención tienen ciertas características y deberá probarse el programa en participantes con características diferentes (e.g., edad, sexo y nivel de educación). Lo que es claro, es que los cambios generados no se deben al azar y corresponden a una metodología concreta, que puede ser susceptible de réplica.

REFERENCIAS

- Agras, S. & Telch, C. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29(1), 491-503.
- Aguilar, A., Alvarez, M., Contenido, I., Uribe, R., Shamah, T., & Rivera, J. (2016). *Informe general: resultados nacionales*. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>
- Aguinaga, M., Fernández, L., & Varo, J. (2000). Trastorno de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales*, 2(23), 279-292.
- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. (Tesis de maestría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M., & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT). *Psicología Contemporánea*, 7(1), 74-85.
- American Psychiatric Association. (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3 ed. rev. [DSM-III-R]). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2015) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aranceta, J. (2001). *Nutrición comunitaria*. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books/about/Nutrici%C3%B3n_Comunitaria.html?id=CMztCgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Arrizabalaga, J., Masmiqel, L., Vidal, J., Calañas-Continente, A., Díaz-Fernández, M., García-Luna, P.,... Cordero, F. (2004). Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Medicina Clínica*, 3(122), 104-110.
- Ascencio, C. (2012). *La fisiología de la nutrición*. México: McGraw Hill.
- Baile, J. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 1(142), 128-129.
- Baile, J. & Cuadro, E. (2015). Binge eating disorder: analysis and treatment. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 6(1), 97-107.
- Ballester, F., De Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C., & Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(4), 207-212.
- Barrera, A., Ávila, L., Cano, E., Molina, M., Parrilla, J., Ramos, R.,... Gutiérrez, J. (2013). Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 344-357.
- Bastos, A., González, R., Molinero, O., & Salguero, A. (2005) Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 5(18), 140-152.
- Bautista-Díaz, M. L., Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J., Alvarez-Rayón, G., López-Aguilar, X., Ocampo-Téllez, M., & González-Soto, Y. (2012). Body dissatisfaction and socio-cultural factors in women with and without BED: Their relation with eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 17(2), 86-92.
- Bautista, M. (2015). *Imagen corporal, conducta alimentaria, ajuste psicológico y calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una aproximación longitudinal*. (Tesis doctoral inédita). UNAM: México.
- Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, M. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(7), 1-8.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(35), 537-546.

- Borra, C. (2008). *El atracón y sus trastornos: características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas*. (Tesis Doctoral inédita). Recuperada el 15 de agosto de 2016 de: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15695/borra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bravo, M. y Vaquero, J. (2012). Descubriendo los tipos de estudio y diseño de investigación en psicología. En M. Chávez & R. Tron (Eds.), *Análisis descriptivo en psicología* (pp. 1-17). México-FESI
- Cebolla, A., Perpiñá, C., Lurbe, E., Alvarez-Pitti, J., & Botella, C. (2012). Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *Anales de Pediatría*, 2(77), 98-102.
- Celis, A. & Roca, E. (2011). Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica*, 1(8), 21-33.
- Compés, M., Bretón, I., Camblor, M., & García, P. (2012). Tratamiento nutricional de los trastornos del comportamiento alimentario. En: D. Román, D. Bellido Guerrero & P., García (Eds.), *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*, (pp. 147–157). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Consejo de Salubridad General (2009). *Tratamiento quirúrgico del paciente adulto con obesidad mórbida: guía de referencia rápida*. Recuperado de: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
- Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The eating disorder examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Cruz, L. (2013). *Trastorno por sobreingesta compulsiva o gula emocional*. Recuperado de: <https://masteracupunturaucm.wordpress.com/2013/07/09/trastorno-por-sobreingesta-compulsiva-o-gula-emocional/>

- Cruz-Sáez, M., Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 3(29), 724-733.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G., & Nigh R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad*, 57(25), 165-202.
- Cuevas, A. & Reyes, M. (2005). Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? *Revista Médica de Chile*, 6(133), 713-722.
- De la Rie, S.M., Noordenbos, G., & van Furth, E.F. (2005). Quality of life and eating disorders. *Qual Life Res*, 14(6), 1511-1522.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. México: Wadsworth.
- Escoto, M., Camacho, E., Rodríguez, G., & Mejía, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 1-8.
- Etxebarria, Y., González, N., Padierna, J., Quintana, J., & Ruiz I. (2002). Calidad de vida en pacientes con trastornos de alimentación. *Psicothema*, 2(14), 399-404.
- Fairburn, C. & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fairburn, C., Mphil, F., Cooper, Z., Doll, H., Dip, C., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorders in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 659-665.
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2016). *Cuando la comida es una adicción*. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/trastorno-por-atracon/>
- Fernández, J. & García, R. (1998). Índices de relación peso-talla como indicadores de masa muscular en el adulto del sexo masculino. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 12(1), 35-39.
- Franco, K., López, X., & Bautista, M. L. (2009). Conducta de atracón y trastornos del comportamiento alimentario. En A. López & K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: Una perspectiva multidisciplinar* (pp.158-175). Guadalajara, Jal., México: Editorial Universitaria.

- Franco, K., Díaz, F., Escoto, M., & Camacho, E. (2014). Conducta alimentaria y calidad de vida en personas con obesidad. *Terapia Psicológica*, 1(31), 219-225.
- Franco, K., Mancilla-Díaz, J., Álvarez, G., & Valdés, E. (2011). Del hambre a la saciedad en los trastornos del comportamiento alimentario. 155-175. En: López, A. & Martínez, A. Del hambre a la saciedad: contribuciones filosóficas, psicológicas, socioantropológicas y biológicas. Guadalajara: Universitaria.
- Furukawa, T., McGuire, H., & Barbui, C. (2009). *Dosis bajas de antidepresivos tricíclicos para la depresión*. Recuperado de: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB003197-ES.htm>
- Galán, J.C. (2004). *Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire para detectar insatisfacción corporal*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Galicia, I. & Simal, A. (2002). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol26_5_obesidad.pdf
- Gandarillas, A. & Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad.
- García, E., De la Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., ...Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Revista Acta Pediátrica de México*, 4(29), 530-547.
- García-Marín, O., Antón-Menárguez, V., & Martínez-Amorós, R. (2016). Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(3), 67-74.
- Gasco, M., Briñol, P., & Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: El efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, 1(22), 77-82.
- Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2(24), 242-250.

- González, E. (2013). Composición corporal: estudio y utilidad clínica. *Endocrinología y Nutrición*, 60(2), 69-75.
- González-Calderón, M. & Ormaechea-Alegre, E. (2016). Tratamientos actuales del trastorno por atracón. *Pensando Psicología*, 12(19), 11-22.
- González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de la intervención en un programa de promoción de la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. (Tesis de doctorado en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, Padierna, Quintana, Aróstegui, & Horcajo (2001). Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*, 15(1), 18-24.
- González-Celis, A. L., Tron, R., & Chávez, M. (2009). *Evaluación de la calidad de vida: A través del WHOQOL en población de adultos mayores en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, FES-Iztacala.
- Gómez, G. & Ávila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6(11), 10-22.
- Grilo, C. & White, M. (2011). A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 509-514.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Gutiérrez, C., Guajardo, V., & Álvarez Del Río, F. (2012). Costo de la obesidad: Las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad en México. En J. Rivera (Eds.), *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado* (pp.6-9). México: UNAM.
- Guzmán, R. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Tesis doctoral). UNAM: México.
- Heatherton, T. E., & Baumeister, R. E (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hudson, J., Hiripi, E., Pope, H., & Kessler, R. (2007). *The prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892232/>

- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez-Garibay, E. M., & Celis, A. J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/ix/1/ensayos/alteraciones.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Salud*. Recuperado el 05 de agosto de 2016 de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Nutrición y salud*. Recuperado el 05 de agosto de 2016 de: <https://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud.html>
- Jáuregui, I., Romero, J., Bolaños, P., Montes, C., Díaz, R., Montaña, M. T.,... Vargas, N. (2009). Conducta alimentaria e imagen corporal en una muestra de adolescentes de Sevilla. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 568-573.
- Jaunoo, S. & Southall, J. (2010). Bariatric surgery. *International Journal of Surgery*, 8(2), 86-89.
- Kalarchian, M. & Marcus, M. (2000). Binge Eating Disorder: Progress and prospects. *Eating Disorders Review*, 1(11), 1-3.
- Kantor, J. (1926). *Principles of Psychology*. Chicago: Principia Press
- Kantor, J. (1990). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Kass, A., Kolko, R., & Wifley, D. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Eating Disorders*, 26(6), 549-555.
- Kinzl, J. F., Trawegger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 287–292.
- Kutlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J., & Murphy-Eberenz, K. (1998). The Interview for Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10(1), 41-48.
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández, J. (26 de octubre, 2002). La eficacia de los tratamientos psicológicos. En: *Asamblea Anual de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud*. Toledo.

- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(3), 23-33.
- Langellotti, A., Cascú, A. & Chandler, E. (2009). Farmacoterapia en los trastornos alimentarios (TA). *Psychology*, 1(2), 12-20.
- Leahey, T., Crowther, J., & Irwin, S. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 364-375.
- Linardon, J. & Brennan, L. (2017). The effects of cognitive-behavioral therapy for eating disorders on quality of life. A meta Analyses. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 715-730.
- López, X., Mancilla, J., Álvarez, G., & Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, 2(5), 34-40.
- López-Aguilar, X., Mancilla, J., Vázquez, R., Ocampo, T., Franco, K., & Álvarez, G. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(2), 25-38.
- Lorente, R., Azpeitia, J., Arévalo, N., Muñoz, A., García, J., & Gredilla, J. (2012). Absorciometría con rayos X de doble energía. Fundamentos, metodología y aplicaciones clínicas. *Radiología*, 54(5), 410-423.
- Mancilla-Díaz, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Alvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., Vázquez-Arévalo, R., & López-Aguilar, X. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario en México*. En J. M. Mancilla-Díaz & G. Gómez-Peresmitré (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno.
- Marañón, I., Echeburúa, E., & Grijalvo, J. (2004). Prevalence of personality disorders in patients with eating disorders: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 1(12), 217-222.
- Mares, G. & Guevara, Y. (2001). *Psicología interconductual: avances en la investigación básica*. México: UNAM.

- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de nutrición* 2(29), 86-91.
- Martínez, J., Moreno-Aliaga, M., Marques-Lopes, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales*, 1(25), 17-27.
- Martínez, C., Silva, H., Collipal, E., & Carrasco, V. (2008). Descripción del somatotipo e IMC en una muestra de adolescentes de colegios municipalizados de la ciudad de Temuco-Chile. *Internacional Journal of Morphology*, 26(3), 653-657
- Martínez de Pinillos, M., Ramírez, L. & Rodríguez, D. (2015). Educación nutricional en el proceso de la confección de una dieta por parte del paciente con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 21(1), 2291-2311.
- Mestas, L., Gordillo, F., Arana, J. M., & Salvador, J. (2012). *Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 3, 99-105.
- Mitchell, J. & de Zwaan, M. (2005). *Bariatric surgery: A guide for mental health professionals*. Nueva York, EUA: Routledge.
- Mond, JM., Hay, PJ., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, PJ. (2004). Validity of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 551-567.
- Moral, J. & Redondo, F. (2008). La obesidad: tipos y clasificación. *Revista Digital*. Recuperado el 10 de agosto de: <http://www.efdeportes.com/efd122/la-obesidad-tipos-y-clasificacion.htm>
- Morales, J. (2010). *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. México: Ciencia al día.
- Morales, A., Gómez, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M., & Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182.
- Morales, A, Gordillo, C., Pérez, C., Marcano, D., Pérez, F., Flores, H.... Meléndez, P. (2014). Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gaceta Médica de México*, 1(2), 125-131.

- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Muñoz, S. (2005). La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(19), 179-199.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. & Fairburn, C. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad*. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 10 de agosto de 2016 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Ocampo, T. (2016). *Medición antropométrica*. Curso taller: La investigación en alimentación e imagen corporal y sus alteraciones. Junio 2016, FESI.
- Olguín, Z. (2008). *Relación el índice cintura cadera e índice de masa corporal con periodontitis crónica en diabéticos de la clínica de diabetes de la cd. De Actopan Hidalgo*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Hidalgo.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). *México debe combatir el aumento de la obesidad*. Recuperado el 10 de agosto de 2016 de https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-Mexico_in-Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Report of the WHOQOL focus group work*. Recuperado de: www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Recuperado el 27 de mayo de 2016 en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Diez datos sobre la obesidad*. Recuperado el 13 de agosto de 2015 de <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 27 de mayo de 2016 en: <http://www.who.int/es/>

- Organización de las Naciones Unidas. (2013). *México el país más obeso del mundo*. Recuperado el 13 de agosto de 2016 de: <http://cnnespanol.cnn.com/2013/07/11/mexico-es-el-pais-mas-obeso-del-mundo-segun-la-onu/>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). México: Larousse.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2013). *Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe*. Recuperado el 2 de julio de 2016 de <http://www.fao.org/about/meetings/larc34/es/>
- Oviedo, G., Marcano, M., Morón de Salim, A., & Solano, L. (2007). Exceso de peso y patologías asociadas en mujeres adultas. *Nutrición Hospitalaria*, 22(3), 358-362
- Perelló, M., Martínez, C., & Llorens, N. (2004). Intervención en un caso de ingesta compulsiva y depresión. *Información Psicológica*, 1(46), 78-90.
- Quintero-Párraga, E., Pérez-Montiel, A., Montiel-Nava, C., Pirela, D., Acosta, M. & Pineda, N. (2003). Trastornos de la conducta alimentaria: prevalencia y características clínicas en adolescentes de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. *Investigación Clínica*, 44(3), 179-193.
- Quiñones, G. (2011). Efectos de los medicamentos en el apetito. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 13(1), 1437-1460.
- Reas, D. & Grilo, C. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*, 16(1), 147-152.
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., & Murayama, C. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. México: UNAM
- Ribes, E. (1982). *El Conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Martínez Roca.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Robbins, T. & Fray, P. (1980). Stress-induced eating: fact, fiction or misunderstanding?. *Appetite*, 1(2), 103-133.
- Roca, J. (2006). *Psicología: una introducción teórica*. México: Documenta Universitaria.
- Rodríguez, M. & Díaz, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(2), 1-7.

- Rodríguez-Flores, M. (2014). Diagnóstico de la obesidad más allá del índice de masa corporal. *Salud Pública de México*, 4(56), 312-314.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(39), 429-448.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 3(13), 381-392.
- Sánchez, C., Pichardo, E., & López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica México*, 2(140), 1-20.
- Sánchez, J., Reyes, R., Reyna, W., Basáñez, A., Téllez, M., Obregón, A. & De Santiago, LL. (Noviembre ,2014). Simposio: Reflexiones y propuestas en torno a la tecnología interconductual. En: XXIV Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. Congreso llevado en Cuernavaca
- Santiago, J. (2016). *Intervención basada en atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica*. (Tesis de maestría). UNAM-Medicina conductual: México.
- Sánchez-Carracedo, D., Mora, M., López, G., Marroquín, E., Ridaura, I., & Raich, R. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 3(12), 551-576.
- Shamah, T., Cuevas, L., Rivera, J., & Hernández, M. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Informe final de resultados. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shuchleib, S., Chousleb, A., & Shuchleib, A. (2006). Historia de la cirugía bariátrica. En: M. Cortez (Ed.), *Cirugía bariátrica laparoscópica: Técnicas y complicaciones* (pp. 13-22). Bogotá, Colombia: Da Vinci Editores & Cía.
- Secretaría de Salud. (2010). *Obesidad en México*. Recuperado el 11 de septiembre de 2016 de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem43.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). *Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Recuperado el 08 de agosto de 2016 de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

- Smith, M. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo: Normas de conducta, resultados de trabajo y relaciones establecidas* (5a ed.). México: Trillas.
- Stice, E. & Bearman, S. (2001). Body image and eating disturbance prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-606.
- Striegel-Moore, R. & Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En: W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp.13-37). España: Granica.
- Stunkard, A. (1959). Eating patterns in obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295.
- Thigpen, J., Miller, S., & Pond, B. (2013). *Efectos secundarios conductuales de los fármacos antiepilépticos*. Recuperado de <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/may2014/p2014253/>
- Thompson, K. & Smolak, L. (2001). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC, EUA: American Psychological Association.
- Urzúa, A., Avedaño, F., Díaz, S., & Checure, D. (2010). Calidad de vida y conductas alimentarias de riesgo en la preadolescencia. *Revista chilena de nutrición*, 3(37), 282-292.
- Urzúa, A. & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión del concepto. *Terapia Psicológica*, 1(39), 61-71.
- Vandevijvere, S., Chow, C., Hall, K., Umali, E., & Swinburn, B. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(1), 446-456.
- Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 4(12), 136-142.

- Vázquez, V. (2006). *Obesidad con trastorno por atracón: uso del Eating Disorder Inventory (EDI-2)*. (Tesis de licenciatura): UNAM-Facultad de Psicología: México.
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del body shape questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 1-9.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J., & Oliva A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(11), 185-197.
- Vázquez, R., López, X., Mancilla, J., Ocampo, M., & Velázquez, H. (2016). *La obesidad y el trastorno por atracón*. Curso taller: La investigación en alimentación e imagen corporal y sus alteraciones. Junio 2016, FESI.
- Vázquez, M., Witriw, A. y Reyes, C. (2010). Estudio preliminar sobre la ingesta alimentaria en estudiantes universitarios de las carreras de medicina y arquitectura de la Universidad de Buenos Aires. *Diaeta*, 131(28), 14-17.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J., & Tocci, R. (2009). Depresión y trastornos de la conducta alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 1(16), 1-18.
- Vega, F., Sánchez, M., & Zaragoza, F. (2013). Actualización en el tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 8(1), 1-15.
- Villaseñor, S., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. (2006). *Salud mental y obesidad*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invshal/isg-2006/isg062e.pdf>
- Williamson, D. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.
- Zuviric, R. (2013). *Reacción psicofisiológica ante estímulos corporales visuales en los trastornos del comportamiento alimentario*. (Tesis doctoral inédita). UNAM, México.

ANEXOS

Anexo 1

Carta descriptiva de la intervención interconductual para modificar la conducta de atracón

Objetivo general: Modificar la conducta de atracón.

<p>Sesión 1: Plática introductoria y encuadre de la intervención</p> <p>Objetivo específico: Presentación de la facilitadora y de las participantes y encuadre de la intervención.</p> <p>Actividades: Presentación personal de facilitadora y participantes. Dar a conocer el programa con el cual se trabajará, así como el lugar, número y tiempo de sesiones, duración y término de la intervención.</p>
<p>Sesión 2: Identificación de objetivos conductuales</p> <p>Objetivo específico: Las participantes identificarán los componentes de un objetivo conductual.</p> <p>Actividades: En primer lugar, las participantes aprenderán sobre los componentes de un objetivo conductual. Los objetivos conductuales deben responder: ¿Quién?, ¿Qué? y ¿Cómo?</p> <p>Para alcanzar el objetivo propuesto, se explicará a las participantes que en la elaboración de los objetivos de tipo conductual, debe quedar explícito lo siguiente:</p> <p>¿Quién?: quién quiere lograr un propósito, en este caso, serán las mismas participantes, y deberán empezar la redacción de su objetivo en primera persona.</p> <p>¿Qué?: qué se quiere lograr, así, es necesario emplear verbos que denoten acciones concretas, en este caso, puede ser reducir, modificar, tener presente una conducta, entre otras acciones.</p> <p>¿Cómo?: este cuestionamiento responde al cómo lograrán las participantes cumplir su propósito, en este caso, con intentos o aproximaciones sucesivas o con la ayuda de registros, aparatos u otro medio.</p> <p>Incluir las tres interrogantes como componentes de objetivos conductuales, permitirá generar objetivos reales y alcanzables a corto plazo, además de que posibilitarán la identificación del cumplimiento de objetivo propuesto.</p> <p>Posterior a la explicación sobre los componentes de los objetivos conductuales, las participantes recibirán una hoja que contiene objetivos tanto conductuales como no conductuales, relacionados con el comportamiento alimentario, con el propósito de que las participantes identifiquen los de tipo conductual y los diferencien de los no conductuales. (ver Anexo 2)</p> <p>El criterio de cambio para pasar a la siguiente sesión es que las participantes identifiquen 90% (i.e., 10) de los objetivos que se presentan en el Anexo 2</p>
<p>Sesión 3: Elaboración de objetivos conductuales relacionados con el comportamiento alimentario</p> <p>Objetivo específico: Las participantes elaborarán objetivos conductuales relacionados con el comportamiento alimentario.</p>

Actividades: Se pedirá a las participantes que elaboren al menos cinco objetivos propios. Estos deben estar encaminados a disminuir la ocurrencia de la conducta de atracón. Para ello se les proporcionará hojas blancas y bolígrafos. Posteriormente, la facilitadora revisará y retroalimentará de forma individual, los objetivos planteados, hasta que sean reales y alcanzables a corto plazo.

El criterio de cambio en esta sesión consiste en que las participantes elaboren de manera satisfactoria 100% de sus objetivos conductuales (i.e., cinco).

Sesión 4: Psicoeducación sobre comportamiento alimentario e imagen corporal

Objetivo específico: Sensibilizar y dar a conocer un panorama general del comportamiento alimentario

Actividades: Una especialista en comportamiento alimentario proporcionará a las participantes una plática sobre el comportamiento alimentario alterado, como es la morfología, frecuencia y criterios diagnósticos, variables asociadas y la importancia de identificar las condiciones en las cuales surge la conducta de atracón, entre otros aspectos.

Sesión 5 y 6: Identificación de antecedentes de la conducta alimentaria

Objetivo específico: Las participantes identificarán las condiciones en las cuales se presenta la conducta de atracón.

Actividades: Para alcanzar este objetivo, se empleará una tabla ex profeso denominada "Identificación de Condiciones" (Sánchez et al., 2014), en ésta se incluyen seis preguntas (ver Anexo 3). Se les explicará a las participantes a qué se refiere cada componente de la tabla y se realizará un ejercicio en el que recuerden el último episodio de atracón para posteriormente llenar la tabla de Identificación de las Condiciones. Las participantes se llevarán como tarea, realizar el llenado de la tabla, con los subsecuentes episodios alimentarios o intentos de ello; existe la posibilidad de que al darse cuenta de las condiciones no se realicen nuevos episodios. Las participantes llevarán su registro a la siguiente sesión.

Sesión 7: Retroalimentación de identificación de condiciones

Objetivo específico: Las participantes revisarán la identificación de condiciones.

Actividades: Al inicio de la sesión se revisará la tarea y se retroalimentará. En caso de que las participantes aún no identifiquen las condiciones en las que ocurre la conducta de atracón, se volverá a realizar el ejercicio y se practicará el llenado de la tabla durante la sesión.

El criterio de cambio en esta sesión será que las participantes hayan identificado en un 90% las condiciones (cinco rubros) en las cuales aparece la conducta de interés.

<p>Sesión 8, 9 y 10 Entrenamiento en congruencia</p> <p>Objetivo específico: Las participantes lograrán la congruencia en cuanto a su comportamiento alimentario.</p> <p>Actividades: Durante este entrenamiento se empleará una tabla denominada “Cuadro de Correspondencias Funcionales” (Sánchez et al., 2014; ver Anexo 4) en la cual se clasifican algunos aspectos necesarios para realizar cambios conductuales como es la frecuencia y cantidad de la ingesta de alimentos.</p>
<p>Sesión 11 y 12: Creencias sobre comportamiento alimentario e imagen corporal</p> <p>Objetivo específico: Las participantes identificarán creencias relacionadas con el comportamiento alimentario y con la imagen corporal.</p> <p>Actividades: Durante estas sesiones se explicará a las participantes en qué consiste cada tipo de creencias (coherentes e incoherentes) y se les enseñará el llenado del “cuadro de correspondencias funcionales”. En este punto, se retomarán los objetivos conductuales que las participantes plantearon en la sesión 3. En primer lugar, la facilitadora modelará cómo es que se llena la tabla de correspondencias funcionales, posteriormente ellas identificarán sus propias creencias, tanto coherentes como incoherentes respecto a su objetivo, con la finalidad de cuestionar las creencias incoherentes y posteriormente lograr un autocuestionamiento. Se les pedirá a las participantes como tarea para la siguiente sesión, que deben cumplimentar el cuadro de correspondencias funcionales y realicen cuadros similares para sus creencias respecto a creencias coherentes e incoherentes relacionadas con el comportamiento alimentario. En la siguiente sesión se revisará la tarea y se retroalimentará. El criterio de cambio será que las participantes logren identificar en un 90% sus creencias incoherentes y coherentes. Una vez alcanzado el criterio se pasará a la siguiente sesión.</p>
<p>Sesión 13: Conducta congruente e incongruente</p> <p>Objetivo específico: Las participantes identificarán sus conductas congruentes e incongruentes relacionadas con su comportamiento alimentario.</p> <p>Actividades: Durante esta sesión, se entrenará a las participantes a identificar las conductas congruentes e incongruentes. En este punto, también se trabajará con las condiciones que favorecen o desfavorecen la conducta. Para ello se les pedirá que recuerden y registren experiencias, asimismo que se auto-cuestionen ¿cómo se han comportado ante esas situaciones? Al finalizar la sesión se les pedirá de tarea llevar un registro en situaciones en las cuales se identifiquen conductas congruentes e incongruentes.</p>
<p>Sesión 14: Cierre de la intervención</p> <p>Objetivo específico: Retomar los aprendizajes de la intervención y evaluar la misma.</p> <p>Actividades: Al inicio de la sesión se revisará de la tarea sobre registro de situaciones del comportamiento alimentario. Se pedirá a las participantes que escriban sobre la utilidad o no de la intervención, así como las limitaciones de la misma y el desempeño de la facilitadora. Una semana después de terminada la intervención, se llevará a cabo la evaluación posttest: llenado de cuestionarios, entrevista, identificación del bienestar (cumplimiento de objetivos) y registro de medidas corporales. Fin de la intervención.</p>

Anexo 2

Objetivos conductuales

- 1) Las amigas de Sofía elaborarán un esquema de la dieta que quieren seguir, a través de diapositivas en *power point*
- 2) Juan desea ya no ver la televisión por las noches
- 3) Yo comeré comida más saludable, para ello cocinaré mi propia comida
- 4) Clarita quiere ir al vive latino
- 5) Israel va a aprobar todas sus materias este semestre
- 6) Rosa va a ir a hacer ejercicio
- 7) Dalila va a ir a visitar a su mamá el día sábado después de ir al súper de compras
- 8) Ana va a viajar a Europa
- 9) Carlos ira a Puebla en vacaciones y para lograrlo ya está trabajando y ahorra el 10% de su sueldo
- 10) Ismael quiere casarse a los 25 años
- 11) Alma quiere lavar ropa porque ya no tiene limpia

Anexo 3
Identificación de condiciones

¿Qué paso antes?	¿Qué quería lograr?	¿Qué pensé en ese momento?	¿Qué hice?	¿Cuáles eran las condiciones?	¿Cómo me sentí después?

Anexo 4
Cuadro de correspondencias funcionales

Objetivo	Creencias coherentes	Creencias incoherentes
Desempeño congruente		Desempeño incongruente
Condiciones favorables		Condiciones desfavorables