



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑÍZ**

PROYECTO DE TESIS

Correlación entre la gravedad del Trastorno por atracción y antecedente de trauma en la infancia

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

TESISTA:

DR. ALAN HUMBERTO OSORIO CARRILLO

TUTORES:

**DRA. GRISELDA I. FLORES
FLORES
Tutor Clínico**

**DRA. BEATRIZ E. CAMARENA
MEDELLIN
Tutora Metodológico**

CIUDAD DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
TRASTORNO POR ATRACÓN	4
TRAUMA	7
OBJETIVOS	12
General.....	12
Secundarios	12
MATERIALES Y MÉTODOS	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	13
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	13
ESCALA DE ATRACÓN ALIMENTARIO	15
INVENTARIO DE TRAUMA TEMPRANO (EARLY TRAUMA INVENTORY)	16
PROCEDIMIENTO	16
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	37

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por atracón (TPA) se incluyó por primera vez como su propia entidad de diagnóstico en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5 (DSM-5) dentro de la sección de trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria.

La característica distintiva del TPA son los atracones recurrentes, que implican el consumo de una cantidad de comida que es definitivamente mayor de lo que otros comerían en circunstancias comparables dentro de un tiempo determinado, asociado con una sensación de pérdida de control sobre la comida. El diagnóstico de TPA según el DSM-5 requiere que este atracón objetivo ocurra al menos una vez por semana durante 3 meses. En contraste con los atracones en la bulimia nerviosa, los atracones en el TPA ocurren sin comportamientos compensatorios inapropiados regulares destinados a prevenir el aumento de peso, como los vómitos autoinducidos, el ayuno o el mal uso de laxantes. Los atracones en el TPA se caracterizan, además, por anomalías del comportamiento, como comer rápido o hasta sentirse incómodamente lleno, resultando en una angustia marcada. Además de la comorbilidad psicológica, el trastorno por atracón con frecuencia coexiste con la obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Debido a esta comorbilidad, los individuos con TPA tienen un mayor riesgo de padecer secuelas médicas relacionadas con la obesidad; por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y mortalidad prematura (Olguín, 2017).

El TPA da como resultado una disminución significativa en la calidad de vida relacionada con la salud y el deterioro de la función social, que es similar a los otros trastornos alimentarios definidos. También subrayando la gravedad de este trastorno, el TPA se asocia con una mayor búsqueda de atención médica por las comorbilidades y los costos relacionados, siendo frecuentemente años antes de ser diagnosticado con TPA. Debido a la etiología compleja del TPA, así como de los trastornos psiquiátricos en general, los estudios de asociación e interacción pueden contribuir a comprender cómo la presencia de diversos factores de riesgo contribuye a su aparición.

Diversos estudios, han reportado que el trauma en la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en la edad adulta, dichas investigaciones han comenzado a proporcionar evidencia sobre varios mecanismos psicológicos que unen el trauma infantil con la patología alimentaria (Harrington et al., 2006).

En vista de hallazgos alentadores, aunque inconsistentes, se justifica una mayor exploración de los factores psicológicos implicados en la relación entre el trauma en la infancia y el fenómeno de atracón, así como su relación en la regulación del apetito. La importancia radica en identificar los orígenes de la vulnerabilidad de la enfermedad duradera para encontrar el mejor momento para llevar a cabo intervenciones efectivas.

TRASTORNO POR ATRACÓN

Los episodios de atracón han sido identificados y categorizados como un patrón de alimentación distinto por Albert Stunkard desde 1955, no obstante, este fenómeno comenzó a recibir atención hasta hace algunos años. Originalmente, Stunkard (1955) conceptualizó el trastorno por atracón como un "Síndrome de la alimentación nocturna", mientras que la investigación posterior acuñó el término "atracones", describiendo la misma sintomatología, pero sin el elemento nocturno exclusivo. (Stunkard AJ, 1955)

El trastorno por atracón (TPA) se caracteriza por episodios recurrentes de atracones con ausencia de comportamiento compensatorio regular, como vómitos o abuso de laxantes. Las características incluyen comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer cuando no se tiene hambre física, comer solo y comer debido al aburrimiento y los sentimientos de depresión o culpa (Pull, 2004).

Los atracones se reconocieron inicialmente como un componente de la bulimia nerviosa (BN) en la 3a. edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión III (DSM-III), siendo definido por dos criterios.

- (1) el tamaño del episodio de alimentación debe ser "objetivamente grande", y
- (2) que la pérdida de control debe de estar presente durante un episodio de atracón.

Los mismos criterios se han aplicado sistemáticamente para definir los atracones en la BN en cada versión actualizada del DSM, así como para definir los atracones que ocurren como parte de TPA.

El DSM5, que se publicó en 2013, reconoció el TPA como un trastorno alimentario separado, pero además de continuar reconociéndolo como un síntoma constitutivo de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) (Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 2013). Para ser diagnosticado como TPA, DSM5 ahora requiere que los individuos cumplan los siguientes criterios.

El primer criterio se relaciona con la presencia de episodios recurrentes de atracones, que se caracterizan por comer repetidamente en períodos cortos de tiempo (por ejemplo, 2 horas) una cantidad de comida que es sustancialmente mayor de lo que la gente normalmente comería en períodos de tiempo tan cortos y una sensación de que uno no tiene el control sobre la cantidad de comida que está siendo consumida.

El segundo criterio se refiere a la necesidad de que los atracones engloben tres o más de los siguientes síntomas: (1) comer más rápido de lo que se considera normal, (2) comer hasta que uno se sienta desagradablemente lleno, (3) comer grandes porciones de comida cuando no tiene hambre, (4) Preferir no comer delante de los demás porque se avergüenza de la cantidad de comida que se ha consumido y (5) sentirse avergonzado o deprimido por la cantidad de comida ingerida.

El siguiente criterio se relaciona con la presencia de angustia sustancial debido a los atracones, y la necesidad de que los atracones se produzcan al menos una vez por semana durante un período de tres meses.

Finalmente, para ser diagnosticado con TPA, los atracones no deben ser seguidos de conductas compensatorias como vómitos o uso de laxantes, que suelen ocurrir como parte de BN (Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 2013).

DSM5 también clasifica la gravedad del TPA en leve, es decir, 1-3 episodios de atracones a la semana; moderada, presentar 4-7 episodios de atracones por semana; grave, tener de 8-13 episodios de atracones por semana; y gravedad extrema, definida por 14 o más episodios de atracones por semana.

Las características de los pacientes con trastorno por atracón es que tienen un mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo/figura y el peso, psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, historia de depresión, abuso de alcohol o drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (BMI>35), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para hacer dietas. (Guisado et al., 2001)

Respecto a los factores de riesgo, la mayoría de los investigadores hablan de la importancia de la restricción dietética como potenciador de los atracones en presencia de desinhibidores específicos; tales como disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta (Striegel-Moore et al., 1993). Otros autores describen a estos pacientes como impulsivos con poca capacidad para controlarse siendo en este caso los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos (Ural et al., 2017).

Se han descrito otros factores de riesgo asociados al trastorno por atracón como pueden ser, experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, predisposición a la obesidad en la infancia, repetida exposición a comentarios

negativos sobre su figura/peso y comida, personalidad perfeccionista y una autovaloración negativa que podrían influir en su conducta alimentaria (Smyth et al., 2008).

TRAUMA

Las experiencias traumáticas son muy frecuentes y pueden conducir a varios efectos negativos a lo largo de la vida. Los eventos traumáticos de la vida incluyen eventos como la muerte de un ser querido, un accidente automovilístico, abuso sexual, negligencia y abuso físico. Hay múltiples posibles consecuencias de experimentar un evento traumático como depresión, ansiedad, aislamiento social, baja autoestima, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios (Perrotta, 2019)

El maltrato infantil es un problema grave que afecta a uno de cada cuatro niños, la tasa de abuso infantil está en aumento y aproximadamente 1,600 niños murieron debido al maltrato infantil en 2014 (WHO, 2020). Además, una de cada cinco mujeres y uno de cada 71 hombres serán agredidos sexualmente en algún momento de su vida y se estima que 1.9 millones de mujeres y 3.2 millones de los hombres son agredidos físicamente cada año (WHO, 2020)

Las experiencias de trauma están relacionadas con el desarrollo de diversos trastornos, incluidos los trastornos alimentarios, la insatisfacción corporal y ansiedad social (Malecki et al., 2018).

Imperator y col. (2016) encontraron que aquellos individuos que experimentaron trauma infantil tuvieron tasas más altas de patrones de alimentación disfuncionales, especialmente entre los participantes que tenían sobrepeso u obesidad.

Brewerton y col. (2007) ampliaron el vínculo entre la historia del trauma y trastornos alimentarios en hombres, adultos mayores y poblaciones no clínicas. Brewerton y col. (2007) encontraron que aquellos que experimentaron un trauma infantil, definido como abuso sexual, negligencia y abuso físico, tenían tasas significativamente más altas de conductas alimentarias desordenadas en comparación con los participantes sin historia de

trauma infantil. Además, Brewerton y cols. (2007) encontraron el vínculo entre los trastornos alimentarios y el abuso sexual, el abuso físico y la negligencia son importantes para todas las edades y para hombres y mujeres.

Otro estudio amplió el vínculo entre el trauma y los trastornos alimentarios en 249 estudiantes universitarios encuestados sobre el tipo de trauma, gravedad del trauma y conductas alimentarias desordenadas. Los investigadores descubrieron que los niveles más altos de trauma se asociaron significativamente con conductas alimentarias desordenadas en estudiantes universitarios (Smyth et al., 2008).

Antecedente de trauma y trastorno por atracón

La exposición al trauma o la experiencia de eventos traumáticos a menudo se ha implicado en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Malecki et al., 2018). Aunque varios investigadores han definido el trauma de manera diferente, una forma común de definir un evento traumático es determinar si el evento fue potencialmente mortal e involucró miedo, impotencia u horror intensos. Los estudios han demostrado asociaciones significativas entre los trastornos alimentarios y varios tipos diferentes de trauma, incluido el abuso físico y la negligencia infantil (Rorty y Yager, 1996), agresión sexual (Dansky et al., 1997), y acoso sexual (Harned, 2000; Larkin, et al., 1996). Quizás el vínculo más ampliamente investigado entre el trauma y los trastornos alimentarios se relaciona con un historial de abuso sexual infantil (ASI). Las estimaciones de ASI en personas con trastornos alimentarios han variado considerablemente; sin embargo, una estimación conservadora es que el 30% de los pacientes con trastornos alimentarios tienen antecedentes de ASI (Connors y Morse, 1993). Además, el consenso general es que la ASI se conceptualiza mejor como un factor de riesgo inespecífico para los trastornos alimentarios, especialmente la bulimia nerviosa. También parece que experimentar múltiples formas de abuso infantil aumenta aún más el riesgo de problemas alimentarios (Rorty et al., 1994).

Se han ofrecido varias explicaciones para la relación entre trauma y trastornos alimentarios. Una forma útil de conceptualizar este vínculo es considerar la función de los

síntomas del trastorno alimentario. El presentar experiencias traumáticas puede conducir a problemas o déficits psicológicos que las conductas de los trastornos alimentarios intentan corregir, aunque de manera desadaptativa. Por ejemplo, el trauma puede conducir a dificultades con la regulación del afecto; a su vez, la patología de la alimentación (p. ej., atracones) puede desarrollarse como un medio para calmarse o nutrirse o como un medio para manejar el afecto negativo. El trauma, especialmente el ASI, también puede conducir a alteraciones de la imagen corporal, lo que puede hacer que el individuo sea más susceptible al desarrollo de trastornos alimentarios (Kneipp et al., 2011)

Los síntomas alimentarios, como la restricción dietética, el ayuno y las purgas, pueden representar intentos de mala adaptación en la regulación del peso o formas de manejar los afectos negativos relacionados con el cuerpo. Otro posible mecanismo para la asociación entre el trauma y los trastornos alimentarios se relaciona con la autculpa y el autocastigo. Dependiendo de la valoración que haga el individuo del trauma; es decir, si internaliza la culpa por el evento o los eventos, los síntomas del trastorno alimentario pueden desarrollarse como un medio para castigarse a uno mismo; por tanto, síntomas como el ayuno, los atracones o las purgas pueden ser una expresión de autolesión (Corstorphine et al., 2007). Otros investigadores han conceptualizado los problemas alimentarios como una estrategia de supervivencia o de afrontamiento en respuesta al trauma. A menudo, el individuo se encuentra en una posición impotente y puede tener pocos recursos disponibles, por lo que los síntomas del trastorno alimentario pueden desarrollarse como una respuesta originalmente lógica dadas las circunstancias (Brewerton, 2007).

Los síntomas del trastorno alimentario también pueden tener la función de distraer a la víctima del dolor emocional del trauma o permitirle escapar de circunstancias dolorosas. En particular, los atracones pueden ser una forma en la que el individuo puede inducir un estado disociativo para escapar de este dolor temporalmente, ya que se ha encontrado que las experiencias disociativas como sentirse entumecido o "espaciarse" son comunes en los episodios de atracones

Estrés y los trastornos alimentarios

El estrés también se ha relacionado tanto con la aparición como con el mantenimiento de los trastornos alimentarios (Smyth et al, 2008). Los investigadores han operacionalizado el estrés de diversas formas, incluidos factores estresantes objetivos, estrés subjetivo o eventos de la vida estresantes y molestias diarias (Christensen et al., 2019). Cada una de estas definiciones operativas de estrés se ha asociado con los trastornos alimentarios en investigaciones anteriores.

Aspectos objetivos y subjetivos del estrés.

El aspecto objetivo se refiere a los acontecimientos que generan la vivencia de ansiedad y se puede dividir en acontecimientos de pérdida, acumulación de cambios vitales y vida cotidiana excesivamente llena de estímulos. El aspecto subjetivo se puede identificar con la vivencia de ansiedad, cómo afecta a cada persona los factores objetivos en el cual influyen las experiencias previas y la personalidad. (Christensen et al., 2019)

También hay evidencia que sugiere que los eventos estresantes de la vida tienen un significado etiológico para algunas personas con trastornos alimentarios. Por ejemplo, en un estudio de Troop y Treasure (1997), el 59% de los pacientes con inicio de anorexia nerviosa y el 77% de los pacientes con inicio de bulimia nerviosa tuvieron un "inicio provocado por un evento"; es decir, la aparición de su trastorno alimentario podría atribuirse a un acontecimiento vital estresante. Al igual que en el trauma y los trastornos alimentarios, una forma útil de conceptualizar la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios es examinar la función de los síntomas alimentarios. Algunos investigadores han teorizado que los déficits en las habilidades de afrontamiento llevan a las personas a desarrollar síntomas de trastornos alimentarios como mecanismos de afrontamiento desadaptativos. Por lo tanto, comportamientos como atracones, purgas, etc., pueden ser una forma de reducir la tensión, evitar pensar en una situación estresante o desviar la atención hacia algo que no esté relacionado con el factor estresante. Los síntomas del

trastorno alimentario también pueden cumplir la función de controlar o evitar el afecto negativo asociado con un factor estresante o escapar de la autoconciencia aversiva.

Planteamiento del problema

Aunque se ha demostrado que la experiencia de eventos traumáticos en la infancia se encuentra involucrada en la conducta alimentaria, no existen suficientes investigaciones sobre su relación con el fenómeno de atracón, así mismo los resultados no son concluyentes. Por ende, se considera necesario iniciar investigaciones con la intención de encontrar asociaciones sobre fenómenos agravantes en el trastorno por atracón en la población mexicana.

Pregunta de investigación

¿Existe una relación entre el antecedente de trauma en la infancia y una mayor gravedad en la presentación del trastorno por atracón?

Justificación

El trastorno por atracón es el trastorno alimentario más prevalente y a pesar de ello, la etiología sigue siendo poco estudiada y las características subyacentes del trastorno son poco conocidas.

El trastorno por atracón se desarrolla a lo largo de una etiología compleja que involucra múltiples influencias psicológicas, biológicas y socioculturales. Los correlatos retrospectivos del riesgo incluyen problemas de crianza, conflictos familiares y antecedente de abuso sexual; no obstante, muchos de los resultados no son concluyentes.

Al igual que en el trauma y los trastornos alimentarios, una forma útil de conceptualizar la relación entre el estrés y los trastornos alimentarios es examinar la función de los síntomas alimentarios.

El presente estudio pretende conocer la relación entre la gravedad del trastorno por atracón con la presencia de antecedente de trauma en la infancia en la población mexicana y abrir pauta para estudios que contribuyan a comprender cómo los factores de riesgo influyen en la gravedad de la presentación del trastorno por atracón

Hipótesis

Los pacientes con trastorno por atracón que tienen el antecedente de trauma en la infancia presentan una mayor gravedad del fenómeno de atracón.

Objetivos

General

identificar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y el antecedente de trauma en la infancia.

Secundarios

- Identificar la gravedad del trastorno por atracón que presentan los participantes.
- Evaluar el tipo de abuso y trauma en los participantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio fue prospectivo, transversal.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se captarán participantes que acudan al servicio de hospitalización, consulta externa o atención psiquiátrica continua en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz en la ciudad de México.

Cálculo de la muestra

Intervalo de Confianza (CL) = 95

Ancho total deseado del Intervalo de Confianza = 4

Desviación estándar de la variable = 11

$W/S = 0.36$

Standard normal deviate for $\alpha = Z\alpha = 1.96$

Tamaño de la muestra = $N = 4Z\alpha^2S^2/W = 116$

Criterios de inclusión:

- Participantes de sexo masculino o femenino.
- Presencia de Trastorno por atracón de acuerdo con los criterios del DSM5
- Mayores de 18 y menor de 60 años
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que sepan leer y escribir

Cada participante cumplirá con los siguientes criterios para atracones (1) el consumo de una cantidad de comida que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de la gente comería durante un período de tiempo similar y en circunstancias similares, en un período de tiempo discreto, (2) una falta de control percibida o incapacidad para dejar de comer durante el episodio de atracones, (3) un promedio de un episodio de atracones cada dos semanas, durante los últimos 6 meses y (4) angustia marcada asociada con atracones.

Criterios de exclusión:

- Participantes con síntomas psicóticos o conductas de riesgo.
- Que en el momento de la evaluación tuvieran una condición médica psiquiátrica que requiera manejo inmediato.
- Participantes que en el momento de la evaluación se encuentran con intoxicación o abstinencia por sustancias. No se excluyen abuso o dependencia alcohol u otras drogas a lo largo de la vida.

Criterios de eliminación:

- A solicitud del participante.
- Que no completen todas las escalas.

Definición de las variables a utilizar

Variables	Tipo (según SS Stevens)	Instrumento	Medición
Dependiente			
Gravedad de los episodios de atracón	Cuantitativa	Escala BES	Puntuación de la escala
Independientes			
Presencia de trauma en la infancia	Cuantitativa	Escala ETI autoaplicable	Puntuación de la escala
Sociodemográficas			
Edad	Continua	Cuestionario	Años
Sexo	Discreta dicotómica	Cuestionario	Hombre/Mujer
Estado Civil	Nominal	Cuestionario	Soltero/Casado

Clinimetría

A cada participante se le informará y proporcionará consentimiento informado de su participación en el análisis. Se realizará la toma de datos demográficos y resolución de las escalas siguientes:

ESCALA DE ATRACÓN ALIMENTARIO

La Escala de Atracón Alimentario, Binge Eating Scale (BES) fue desarrollada por Gormally, Black, Daston & Rardin (Gormally, 1982), y posibilita la detección del trastorno por atracón. Puede indicar la presencia o no de este síndrome y a la vez, diagnosticar la gravedad según la existencia de atracones moderados o severos, basándose en la puntuación de la escala.

La escala de trastornos por atracón posibilita identificar a sujetos con este trastorno. En esta técnica el individuo selecciona la declaración que lo describe mejor. La cuenta total de Escala de Trastornos por Atracón cuenta con un puntaje máximo de 46. Los pacientes pueden agruparse en tres categorías: los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecerían de Trastornos por Atracón, los que anotan de 18 a 26 indicarían la presencia de Trastornos por Atracón moderado y los que registran 27 o más son considerados con la presencia del síndrome en un grado severo. (Guisado, 2001)

INVENTARIO DE TRAUMA TEMPRANO (*EARLY TRAUMA INVENTORY*)

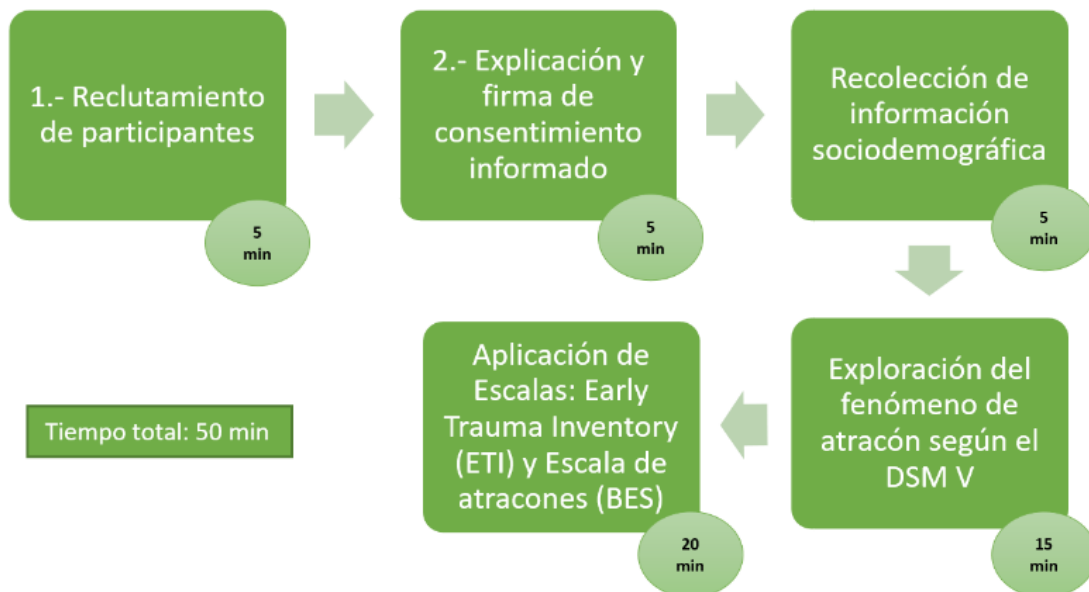
The Early Trauma Inventory (ETI) (Bremner, 2000) o Inventario de trauma temprano ha sido desarrollado para la evaluación de distintos tipos de abuso - como el abuso sexual, físico y emocional- y otros traumas, como ser testigos de actos violentos. El ETI consta de 56 ítems en formato de respuesta dicotómico Sí/No, a través de los cuales se evalúan los diferentes tipos de trauma, la frecuencia de los abusos, la edad a la que comenzaron, el autor de los abusos y el impacto de estos. La consistencia interna, en estudios realizados con muestra extranjera, se sitúa entre 0.86 y 0.92, oscilando la fiabilidad test-retest entre 0.51 y 0.99. Existe también una versión abreviada, el *The Early Trauma Inventory- Short Form (ETI-SF)* (Bremner J. D., 2007), compuesto por 27 ítems en formato de respuesta dicotómico Sí/No que, al igual que la versión original, evalúa cuatro dimensiones, trauma general, abuso sexual, abuso físico y abuso emocional. El ETI-SF ha sido adaptado y traducido a diferentes idiomas, presentando adecuadas propiedades psicométricas. (Osóiro, 2013)

PROCEDIMIENTO

La detección de los sujetos candidatos a participar en el estudio se realizó en los servicios de hospitalización, preconsulta, consulta externa y atención psiquiátrica continua. Para esto se solicitó el apoyo de dichos servicios para exponer carteles y panfletos con información básica del proyecto y contacto con el investigador principal. Los participantes interesados por participar en el proyecto contactaron con el investigador principal. Se otorgó información adicional sobre el trastorno por atracción y el antecedente de trauma mediante un breve psicoeducativo y se le entregó material escrito. Se obtuvo el consentimiento informado y se procedió a realizar las evaluaciones correspondientes para su participación dentro del estudio.

Se tomaron algunos datos sociodemográficos (nombre, edad, sexo), posteriormente se procedió a interrogar propositivamente la presencia de atracón según los criterios del DSM 5. Después de realizar la entrevista diagnóstica el participante contestó las escalas auto aplicables explicando de manera clara la forma de. El tiempo de evaluación fue de 50 minutos por participante.

Diagrama de flujo del procedimiento



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Correlación de Pearson para variables continuas con intervalos de confianza Z_r al 95%, y concordancia con el coeficiente de correlación intraclase para variables continuas con la fórmula propuesta por Bartko (1966). coeficiente de correlación intraclase = $msS - msR / msS + msR + 2(msO)$, con prueba F para análisis de variancia ANOVA. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V8.0.

Consideraciones éticas.

La ley General de Salud en materia de investigación para la salud define como riesgos de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento esta investigación se considera como un estudio con riesgo mínimo ya que esta clasificación se incluyen los estudios transversales que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarias. A los pacientes se le tomaron datos sociodemográficos, se realizó somatometría del peso y talla y se les aplicaron dos escalas clinimétricas. La posibilidad de complicaciones relacionadas a este procedimiento fue mínima.

Por lo que antes de solicitar el consentimiento informado al individuo para participar en esta investigación el investigador proporcionó la siguiente información: que se invitaba al individuo a participar en la investigación, que su participación era voluntaria; que el individuo era libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios que tendría derecho; el propósito de la investigación, los procedimientos que se realizarían y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina; la duración esperada de la

investigación y de la participación del individuo; que no se proporcionaría dinero u otras formas de bienes materiales por su participación. La justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se usaron, el propósito incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales; las molestias y los riesgos esperados, los beneficios, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajoso para el sujeto, la garantía de recibir respuesta cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. La seguridad de que no se identificaría al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; el compromiso de proporcionar la información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Se recabó la firma del formulario como evidencia de su consentimiento. Se le otorgó al sujeto una copia del consentimiento.

Durante toda la investigación se omitió de las bases de datos los nombres de los pacientes, asignándoles un código numérico secuencial.

Toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos, a saber, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

La autonomía, que exige que a las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación, y, la protección de las personas cuya autonomía está menoscabada o disminuida, lo que requiere que a quienes sean dependientes o vulnerables se los proteja contra daños o abuso.

Este principio se considera en este proyecto ya que la detección de los sujetos candidatos a participar en el estudio se realizará por medio de carteles y panfletos con información básica del proyecto y contacto con el investigador principal. Así mismo, a los candidatos a participar se les proveerá información entendible sobre el proyecto y su participación, así como los posibles riesgos y beneficios para tomar la decisión sobre participar o no, por

último, en cualquier momento el participante puede abandonar el estudio en cualquier momento.

La beneficencia es la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias. Este principio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación esté bien concebida, y que los investigadores sean competentes para llevar cabo la investigación y para garantizar el bienestar de los que participan en ella.

Este principio se considera en este estudio al brindar información accesible sobre el proyecto a todos los candidatos así como tomar en cuenta los posibles riesgos que conllevaría su participación, principalmente tomando en cuenta la búsqueda de información respecto a los antecedentes de trauma lo cual podría resultar doloroso o incomodo a los participantes por lo que la aplicación de escalas se llevará a cabo en presencia del investigador principal y en caso de requerirlo se le proveerá contención verbal por parte del mismo. Se buscará el máximo beneficio del candidato a participar facilitando un breve psicoeducativo, así como material escrito sobre los temas a abordar de este estudio.

La no maleficencia ("No hagas daño") ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica, y protege contra daños evitables a los participantes en la investigación.

Este principio se toma en cuenta en este estudio al buscar la recolección adecuada y de manera competente de la información solicitada, así como su uso para fines únicamente de investigación, toda la información será manejada por medio de códigos numéricos que hacen imposible la identificación del participante siendo consultada únicamente por los investigadores involucrados en el estudio. El participante es libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin ninguna repercusión.

La justicia exige que los casos considerados similares se traten de manera similar, y que los casos considerados diferentes se traten de tal forma que se reconozca la diferencia. Cuando

se aplica el principio de la justicia a personas dependientes o vulnerables, su aspecto más importante son las reglas de la *justicia distributiva*. Los estudios deben planificarse de modo de obtener conocimientos que beneficien al grupo de personas del cual sean representativos los participantes: quienes sobrelleven el peso de la participación deben recibir un beneficio adecuado, y el grupo que se va a beneficiar debe asumir una proporción equitativa de los riesgos y del peso del estudio.

Este principio se toma en cuenta en este estudio al reclutar participantes con criterios de inclusión en los que se toma en cuenta únicamente las características clínicas de la conducta alimentaria siendo tratados a todos por igual. Este estudio beneficia indirectamente al grupo de personas del cual son representativos los participantes ya que se espera que los resultados ayuden a comprender mejor, a largo plazo, los orígenes de la vulnerabilidad del trastorno por atracón, para sugerir el mejor momento para intervenciones efectivas.

Beneficio directo: Se le brindará información al participante de manera verbal sobre el Trastorno por atracón y el antecedente de trauma, así como material escrito como parte de la psicoeducación sobre dichas entidades independientemente si desea o no participar en el estudio.

Beneficio indirecto: Ampliar el conocimiento sobre algunas de las características relacionadas sobre el antecedente de trauma y los episodios de atracón.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 116 participantes evaluados, de los cuales, se eliminaron 33 por no cumplir con los criterios de inclusión, por lo que la muestra final fue de 86 participantes, de los cuales el 97% (n=83) se identificaron con el género femenino y el 3% (n=3) con el género masculino. La muestra se compuso por participantes con una edad de 25.31 ± 5.32 años. Asimismo, el estado civil del 92% de los participantes fue soltero, mientras que, el 8% se encontraban casados.

Respecto a la presencia y gravedad del trastorno por atracón, se aplicó la escala de atracón alimentario (BES por sus siglas en inglés). En los participantes se observó que el 9% (n=8) no cumplía con el puntaje para clasificar para el trastorno por atracón, el 39% (n=34) obtuvo un puntaje para trastorno por atracón moderado, mientras que el 52% (n=44) clasificó para un trastorno por atracón grave.

Las experiencias adversas en la infancia fueron medidas en los participantes por el Inventario de trauma temprano – versión corta (ETI-SF), la cual define que, a mayor puntaje, se tiene una mayor cantidad de eventos adversos en la infancia. En cuanto a los eventos adversos generales se observó una media de 3 ± 1.57 eventos generales. Se identificó una media de 2.5 ± 1.23 para eventos adversos físicos; una media de 2.77 ± 1.56 para eventos adversos psicológicos/emocionales y 2.57 ± 1.48 para eventos adversos de tipo sexual. Un dato interesante es que el 86% (n=74) de los participantes señalaron la presencia de síntomas disociativos generados por el evento traumático que ellos consideraron de mayor impacto.

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson para comprobar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y el antecedente de trauma en la infancia mediante los puntajes totales de la Escala de atracón alimentario (BES) y el Inventario de trauma

temprano – Versión corta (ETI – SF). Se obtuvo una $t = 2.7$, $df = 84$, con un valor de $p = 0.008$ y un intervalo de confianza de 95 % de $0.07 - 0.46$, $\rho=0.284$, indicando una correlación débil (Figura 1).

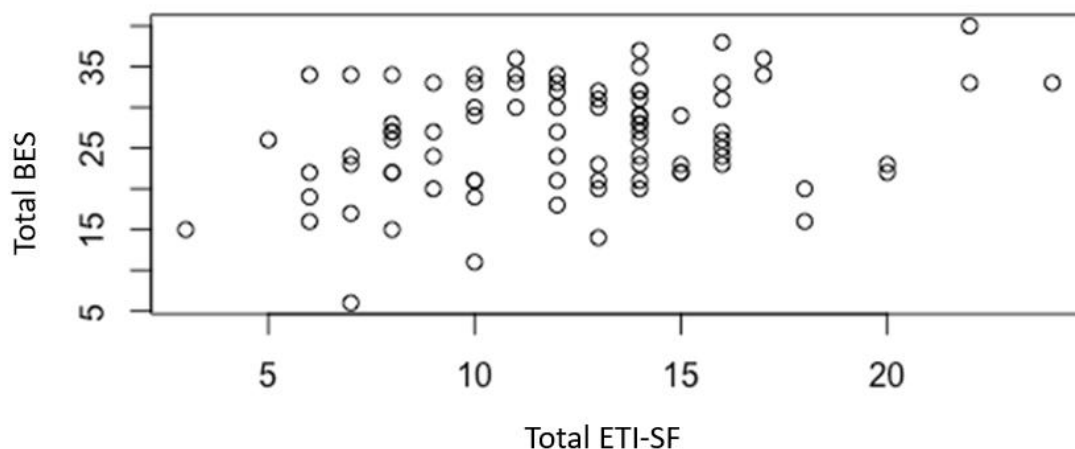


Figura 1. Correlación entre el total de puntuaciones de escala BES y ETI-SF

Adicionalmente se analizó la correlación entre los tipos de experiencias adversas (trauma general) y el puntaje total de la Escala de atracón alimentario.

Con la aplicación de la prueba de Pearson para comprobar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y la puntuación de trauma general del ETI-SF.

Se obtuvo una $t = 0.85$, $df = 84$, con un valor de $p = 0.39$ y un intervalo de confianza de 95 % de $-0.12 - 0.29$ (Figura 2).



Figura. 2 Correlación entre puntuación de experiencias adversas generales (ETI-SF) y escala BES

Con la aplicación de la prueba de Pearson para comprobar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y la puntuación de trauma físico del ETI-SF. Se obtuvo una $t = -0.39$, $df = 84$, con un valor de $p = 0.69$ y un intervalo de confianza de 95 % de $-0.25 - 0.17$ (Figura 3).

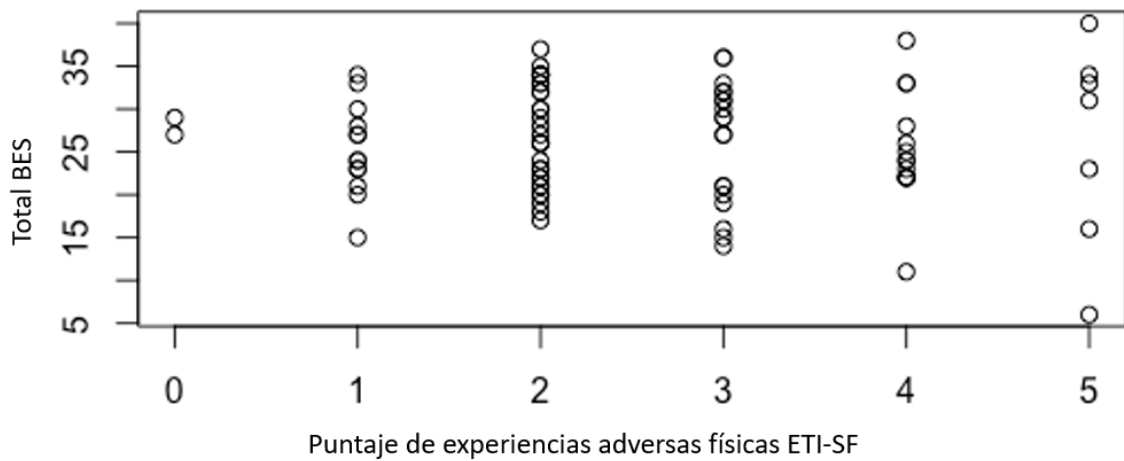


Figura. 3 Correlación entre puntuación de experiencias adversas físicas (ETI-SF) y escala BES

Al aplicar la prueba de correlación de Pearson para comprobar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracción y la puntuación de trauma psicológico del ETI-SF. Se obtuvo una $t = 1.27$, $df = 84$, con un valor de $p = 0.2$ y un intervalo de confianza de 95 % de -0.07 a 0.34 .

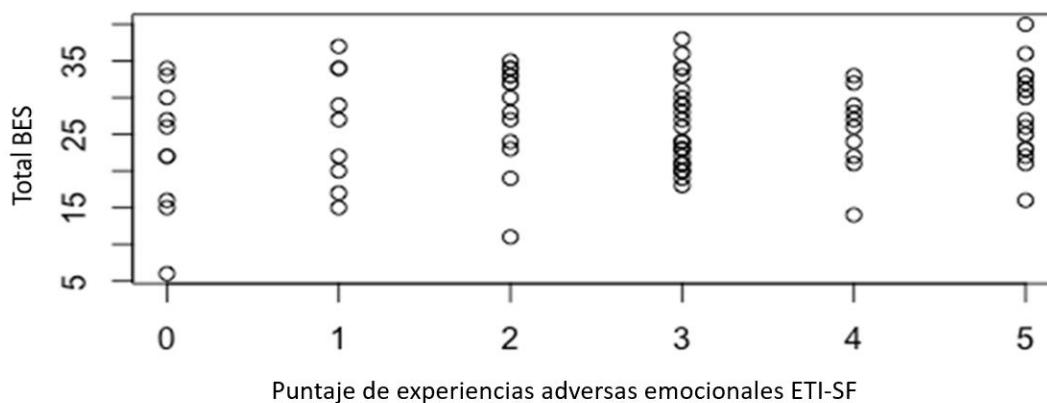


Figura. 4 Correlación entre puntuación de experiencias adversas emocionales (ETI-SF) y escala BES

Por último, se aplicó la prueba de correlación de Pearson para comprobar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracción y la puntuación de trauma de tipo sexual del ETI-SF. Se obtuvo una $t = 4.14$, $df = 84$, con un valor de $p = 0.00008$ y un intervalo de confianza de 95 % de 0.21 a 0.57 , $\rho = 0.41$, indicando una correlación moderada (Figura 5).

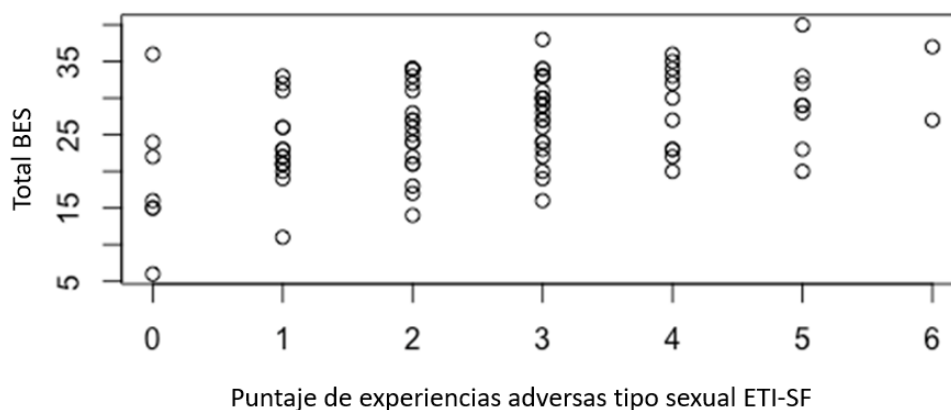


Figura. 5 Correlación entre puntuación de experiencias adversas de tipo sexual (ETI-SF) y escala BES

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue identificar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y el antecedente de trauma en la infancia. Se ha identificado que el maltrato infantil es el trauma más claramente asociado a la patología alimentaria del adulto. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre los mecanismos psicológicos que vinculan estas experiencias distantes.

Cabe mencionar los resultados de un estudio realizado por Braun et al., en 2019, en el cual analizó los datos de 36,309 participantes de la Encuesta Epidemiológica Nacional estadounidense en el cual se encontró que las personas con síntomas de estrés postraumático presentaron una mayor cantidad de síntomas de atracones. Dentro de los tipos de trauma, el maltrato infantil se asoció con una mayor cantidad de síntomas de atracones en las mujeres. Lo anterior podría relacionarse con la mayor proporción de mujeres (97%) que participaron en este estudio.

En el presente estudio se observó una correlación débil entre la gravedad del trastorno por atracón y el antecedente de trauma en la infancia, lo cual indica que solo en algunos individuos el tener un mayor trauma se relaciona con una mayor gravedad de la sintomatología, por lo que es posible que existan otros factores relacionados, como puede ser la presencia de otras comorbilidades u otros factores de riesgo, para lo cual resulta interesante que se pueda llevar a cabo un estudio mas amplio en un mayor número de muestra y que incorpore otras variables que no fueron consideradas en el estudio.

Estos resultados se podrían comparar con los realizados por Grilo (2001), en el cual se examinó las tasas de maltrato infantil en 145 sujetos con diagnóstico de trastorno por atracón, de los cuales el 83% de los participantes reportaron alguna forma de maltrato. En este mismo estudio se observó que un total de 59% de los sujetos con trastorno por atracón informaron un antecedente de abuso emocional, 36% informaron antecedente de abuso físico, 30% informaron antecedente de abuso sexual, 69% informaron negligencia emocional y 49% informaron negligencia física. Estos datos concuerdan con las altas tasas en los distintos tipos de trauma reportados en este estudio.

En un estudio realizado por Striegel (2002), en el cual igualmente comparó las tasas de maltrato infantil auto informado en 176 sujetos con trastorno por atracón, observó un reporte de maltrato en el 82% de los participantes de los cuales una mayor proporción informó negligencia emocional lo cual concuerda con los sujetos valorados en este estudio quienes reportaron una mayor tasa de antecedente de abuso emocional.

Al analizar la gravedad del trastorno por atracón y los distintos subtipos de eventos adversos en la infancia no se encontraron correlaciones positivas, a excepción del trauma de tipo sexual, que fue significativo e indicando una correlación moderada, lo cual indica que en algunos individuos el hecho de tener el antecedente en la infancia de este tipo de trauma impacta en la gravedad del atracón. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Quilliot (2019) el cual encontró una asociación entre el antecedente de abuso sexual en la infancia y trastorno por atracón en la etapa adulta con un OR = 1.80. Sin embargo, aunque el dato obtenido en este estudio es interesante, deberá de comprobarse en una muestra de mayor tamaño y analizar si otros factores pudieran también estar involucrados en la gravedad de la sintomatología.

Lo anterior se podría explicar debido a la naturaleza transversal de este estudio que excluye cualquier afirmación sobre la causalidad. Estas especulaciones se realizan principalmente para estimular los estudios y considerar una investigación longitudinal y prospectiva que se requiere para entender mejor los hallazgos obtenidos en el presente estudio.

Dentro de las limitaciones del estudio se debe enfatizar que se utilizó un método observacional y transversal por lo que no se pueden hacer suposiciones exactas sobre la causalidad entre los niveles de trauma en la infancia y la manifestación de la gravedad del trastorno por atracón. Adicionalmente, el instrumento utilizado para medir el trauma en la infancia se basa en relatos de autoinformes retrospectivos que pueden estar sesgados o ser inexactos. Independientemente de la verificabilidad de los recuerdos del maltrato infantil, los informes sirven como descripciones útiles del estado fenomenológico actual de los participantes. La importancia pronóstica del antecedente de trauma en la infancia para los

resultados del tratamiento de estos trastornos también sigue siendo incierta y está más allá del alcance de este estudio.

Al considerar que la mayoría de los participantes eran mujeres, es posible que estos hallazgos no se puedan generalizar a diferentes grupos con otras características.

CONCLUSIONES

El trauma infantil y las experiencias adversas en la infancia se consideran un factor de riesgo importante para varios trastornos, incluidos el desarrollo de psicopatología respecto a la conducta alimentaria y obesidad en el adulto. Las personas que padecen trastorno por atracón a menudo informan antecedentes de trauma, pero todavía hay una escasez de estudios sobre la relación entre la exposición al trauma y la gravedad de los atracones.

El estudio actual tuvo como objetivo contribuir al conocimiento de estas asociaciones al intentar identificar la correlación entre la gravedad del trastorno por atracón y el antecedente de trauma en la infancia. En general, los resultados corroboran hallazgos previos que han destacado la existencia de una asociación entre las experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria, específicamente el trastorno por atracón. Hasta nuestro conocimiento, una de las principales fortalezas de esta investigación es el hecho de que este es el primer estudio que evaluó los distintos tipos de experiencias adversas en la infancia y la gravedad de los síntomas del trastorno por atracón, encontrándose que de todos los traumas, el sexual es el que podría estar relacionado con una mayor gravedad del trastorno por atracón; sin embargo este es un dato que deberá de ser comprobado en una muestra de mayor tamaño y que pudiera incluir otros factores de riesgo como la presencia de otras comorbilidades y el sexo de los pacientes.

Los atracones pueden ser un mecanismo conductual de afrontamiento contra el afecto negativo; sin embargo, se ha propuesto que mecanismos psicológicos adicionales (dificultades en la regulación de las emociones y alimentación emocional) pueden explicar el vínculo entre las experiencias adversas en la infancia y los atracones.

Se necesitan estudios longitudinales cuidadosamente diseñados y realizarlos en una muestra grande de sujetos con trastorno por atracón para aclarar la contribución exacta del trauma infantil y la gravedad del trastorno por atracón, así como comprobar la hipótesis consistente en que las experiencias adversas en la infancia representan factores de riesgo causales para el desarrollo de trastornos alimentarios y para dilucidar más específicamente los posibles mecanismos agravantes subyacentes a las asociaciones observadas en el presente estudio.

La investigación futura también podría examinar el impacto de otras comorbilidades, por ejemplo, la desregulación emocional, la depresión y la ansiedad en la gravedad de los síntomas de atracones, e incluir algunos de estos factores adicionales como mediadores entre el trauma infantil y los síntomas de atracones. A pesar de estas limitaciones, se considera que estos resultados tienen varias implicaciones importantes para la práctica clínica principalmente respecto a la importancia evaluar antecedentes de trauma en los pacientes que padecen trastorno por atracón.

Anexo 1:

Escala de atracones (BES) (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982),

A continuación, se encuentran grupos de declaraciones sobre comportamiento, pensamientos y estados emocionales. Indique qué afirmación de cada grupo describe mejor cómo se siente.

- a) No me siento incómodo por mi peso o tamaño corporal cuando estoy con otras personas.
- b) Me preocupa cómo me perciben los demás, pero normalmente no me siento decepcionado de mí mismo.
- c) Me siento incómodo con mi apariencia y peso, lo que me hace sentir decepcionado de mí mismo.
- d) Me siento muy consciente de mi peso y, con frecuencia, siento una intensa vergüenza y disgusto por mí mismo. Intento evitar los contactos sociales debido a mi timidez.

- a) No tengo ninguna dificultad para comer despacio y de la manera adecuada.
- b) Aunque parezco "engullir" alimentos, no termino sintiéndome lleno por comer demasiado.
- c) A veces, tiendo a comer rápido y luego me siento incómodamente lleno después.
- d) Tengo la costumbre de engullir mi comida sin masticarla prácticamente. Cuando esto sucede, generalmente me siento incómodo porque he comido demasiado.

- a) Me siento capaz de controlar mis impulsos por comer cuando quiero.
- b) Siento que no he podido controlar mi manera de comer en comparación con la persona promedio.
- c) Me siento completamente impotente cuando se trata de sentir que tengo el control de mis impulsos por comer.
- d) Debido a que me siento tan impotente para controlar mi forma de comer, me desespero mucho por tratar de controlarlo.

- a) No tengo el hábito de comer cuando estoy aburrido.
- b) A veces como cuando estoy aburrido, pero a menudo puedo "estar ocupado" y dejar de pensar en la comida.
- c) Tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrido, pero de vez en cuando puedo utilizar alguna otra actividad para dejar de comer.
- d) Tengo la fuerte costumbre de comer cuando estoy aburrido. Nada parece ayudarme a romper el hábito.

- a) Por lo general, tengo hambre física cuando como algo.
- b) De vez en cuando, como algo por impulso, aunque realmente no tengo hambre.
- c) Tengo el hábito de comer alimentos que quizás no disfruto mucho, para satisfacer una sensación de hambre, aunque físicamente no necesito la comida.
- d) Aunque no tengo hambre físicamente, tengo una sensación de hambre en la boca que solo parece satisfacerse cuando como un alimento. A veces, cuando como la comida para satisfacer el hambre de mi boca, escupo la comida para no aumentar de peso.

- a) No siento ninguna culpa o desprecio hacia mi persona después de comer en exceso.
- b) Después de comer en exceso, ocasionalmente me siento culpable o con desprecio hacia mi persona.
- c) Casi todo el tiempo siento una fuerte culpa o desprecio hacia mi persona después de comer en exceso.

- a) No pierdo el control de mi alimentación cuando hago una dieta, incluso después de períodos en los que como en exceso.
- b) A veces, cuando como una "comida prohibida" en una dieta, siento que "la eché a perder" y como aún más.
- c) Con frecuencia, tengo el hábito de decirme a mí mismo: "ya lo arruiné, ¿por qué no ir hasta el final?" cuando como en exceso si estoy a dieta. Cuando eso sucede, como aún más.
- d) Tengo la costumbre de comenzar con dietas estrictas, pero las rompo al tener episodios en los que como en exceso. Mi vida parece ser un "festín" o una "hambruna".

- a) Rara vez como tanta comida que después me siento incómodo.
- b) Por lo general, una vez al mes, como tal cantidad de comida que termino sintiéndome muy lleno.
- c) Tengo períodos regulares durante el mes en los que como grandes cantidades de alimentos, ya sea a la hora de comer o entre comidas.
- d) Como tanta comida que normalmente me siento bastante incómodo después de comer y, a veces, un poco de náuseas.

- a) Mi nivel de ingesta de calorías no suele subir ni bajar demasiado.
- b) A veces, después de comer en exceso, trato de reducir mi ingesta calórica a casi nada para compensar el exceso de calorías que he ingerido.
- c) Tengo la costumbre de comer en exceso durante la noche. Parece que mi rutina es no tener hambre por la mañana sino comer en exceso por la noche.
- d) En mi edad adulta, he tenido períodos de una semana en los que prácticamente me muero de hambre. Esto sigue a períodos en los que como en exceso.

- a) Por lo general, puedo dejar de comer cuando quiero. Sé cuándo "ya es suficiente".
- b) De vez en cuando, experimento una compulsión por comer que parece que no puedo controlar.
- c) Con frecuencia, experimento fuertes deseos de comer que pareczo incapaz de controlar, pero en otras ocasiones puedo controlar mis deseos de comer.
- d) Me siento incapaz de controlar las ganas de comer. Tengo miedo de no poder dejar de comer voluntariamente.

- a) No tengo ningún problema en dejar de comer cuando me siento satisfecho.
- b) Por lo general, puedo dejar de comer cuando me siento satisfecho, pero ocasionalmente como en exceso hasta sentirme incómodo.
- c) Tengo problemas para dejar de comer una vez que empiezo y, por lo general, me siento incómodo después de comer.
- d) Debido a que tengo un problema de no poder dejar de comer cuando quiero, a veces tengo que inducir el vómito para aliviar mi sensación de estar lleno.

- a) Parece que como la misma cantidad de comida cuando estoy con otras personas (familia, reuniones sociales) como cuando estoy solo.
- b) A veces, cuando estoy con otras personas, no como tanto como quiero porque me da vergüenza comer.
- c) Con frecuencia, como solo una pequeña cantidad de comida cuando hay otras personas presentes, porque me da mucha vergüenza comer.
- d) Me siento tan avergonzado por comer en exceso que elijo momentos para comer cuando sé que nadie me verá.

- a) Como tres comidas al día con solo un refrigerio ocasional entre comidas.
- b) Hago tres comidas al día, pero también suelo picar entre comidas.

- c) Cuando estoy comiendo en exceso, me acostumbro a saltarme las comidas regulares.
 - d) Hay períodos frecuentes en los que parece que estoy comiendo continuamente, sin comidas planificadas.
-
- a) No pienso mucho en tratar de controlar los impulsos por comer.
 - b) Al menos algunas veces, siento que mis pensamientos están centrados en tratar de controlar mis impulsos por comer.
 - c) Siento que con frecuencia paso mucho tiempo pensando en cuánto comí o en tratar de no comer en exceso.
 - d) Me parece que la mayor parte de mis horas despierto están centradas en pensamientos sobre comer o no comer. Siento que lucho constantemente por no comer.
-
- a) No pienso mucho en la comida.
 - b) Tengo fuertes antojos de comida, pero solo duran breves períodos de tiempo.
 - c) Tengo días en los que parece que no puedo pensar en nada más que en la comida.
 - d) La mayoría de mis días parecen estar ocupados con pensamientos sobre la comida. Siento que vivo para comer.
-
- a) Normalmente sé si tengo hambre o no. Tomo la ración adecuada de comida para satisfacerme.
 - b) De vez en cuando, no sé si tengo hambre o no. En estos momentos es difícil saber cuánta comida debo tomar para satisfacerme.
 - c) Aunque puedo saber cuántas calorías debo comer, no tengo ni idea de cuál es una cantidad "normal" de comida para mí.

The Early Trauma Inventory Short Form (ETI-SF) (Bremner et al., 2000)

Formulario breve de autoinforme de inventario de trauma temprano (ETISR-SF)

El siguiente inventario se divide en cuatro partes con distintas aseveraciones acerca de experiencias que pudo haber presentado antes de los 18 años de edad, para cada enunciado elija sólo una respuesta. Marque el recuadro "SI" si considera que el enunciado es verdadero para usted o marque el recuadro "NO" si considera que el enunciado no aplica para usted.

Parte 1. Antes de los 18 años usted....

1. ¿Alguna vez estuvo expuesto a un desastre natural potencialmente mortal?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
2. ¿Estuvo involucrado en un accidente grave?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
3. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión o enfermedad grave?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
4. ¿Alguna vez experimentó la muerte o enfermedad grave de uno de sus padres o de un cuidador principal?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
5. ¿Experimentó el divorcio o la separación de sus padres?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
6. ¿Experimentó la muerte o lesiones graves de un hermano?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
7. ¿Alguna vez experimentó la muerte o lesiones graves de un amigo?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
8. ¿Alguna vez fue testigo de violencia hacia otras personas, incluidos miembros de la familia?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
9. ¿Alguien de su familia sufrió alguna vez de un trastorno mental grave o tuvo un "colapso"?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
10. ¿Tuvieron sus padres o el cuidador principal un problema de alcoholismo o abuso de drogas?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------
11. ¿Vio a alguien ser asesinado?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Parte 2. Antes de los 18 años usted...

1. ¿Alguna vez lo abofetearon con la mano abierta? SI NO
2. ¿Alguna vez lo quemaron con agua caliente, un cigarro o alguna otra cosa? SI NO
3. ¿Alguna vez le dieron puñetazos o patadas? SI NO
4. ¿Alguna vez lo golpearon con un objeto que le fue arrojado? SI NO
5. ¿Alguna vez lo empujaron o jalonearon? SI NO

Parte 3. Antes de los 18 años usted...

1. ¿Fue humillado o ridiculizado a menudo?
 SI NO
2. ¿Lo ignoraron frecuentemente o le hicieron sentir que no existía?
 SI NO
3. ¿Le decían a menudo que no era lo suficientemente bueno?
 SI NO
4. La mayor parte del tiempo lo trataron de manera fría o indiferente.
 SI NO
5. ¿Sus padres o cuidadores a menudo no lo entendieron a usted o sus necesidades?
 SI NO

Parte 4. Antes de los 18 años

1. ¿Alguna vez lo tocaron en una parte íntima o privada de su cuerpo en contra de su voluntad?
 SI NO
2. ¿Alguna vez experimentó que alguien se frotara los genitales contra usted?
 SI NO
3. ¿Alguna vez fue forzado o coaccionado a tocar a otra persona en una parte íntima o privada de su cuerpo?
 SI NO
4. ¿Alguna vez alguien tuvo sexo genital con usted en contra de su voluntad?
 SI NO

5. ¿Alguna vez fue forzado o coaccionado a practicar sexo oral con alguien en contra de su voluntad?

SI

NO

6. ¿Alguna vez fue forzado o coaccionado a besar a alguien de una manera sexual en lugar de afectuosa?

SI

NO

Si respondió "SI" a cualquiera de los eventos anteriores, responda lo siguiente para el que ha tenido el mayor impacto en su vida. Al responder, considere cómo se sintió en el momento del evento.

1. ¿Experimentó emociones de miedo intenso, horror o impotencia?

SI

NO

2. ¿Se sintió fuera de su cuerpo o como si estuviera en un sueño?

SI

NO

BIBLIOGRAFÍA

(19 de 03 de 2021). Obtenido de <https://www.cdc.gov/spanish/index.html>

(09 de 05 de 2021) Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Allison, S. &. (2007). Anatomy of a binge: Food environment and characteristics of nonpurge binge episodes. *Eating Behaviors*, 31-38.

Association, A. P. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*. Washington, DC.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* . Washington,DC: American Psychiatric Association.

Bartko, J. J. (1966). The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological reports*, 19(1), 3-11.

Baver SB, H. K. (2014). Leptin modulates the intrinsic excitability of AgRP/NPY neurons in the arcuate nucleus of the hypothalamus. *J Neurosci*, 5486-5496.

Braun J, El-Gabalawy R, Sommer JL, Pietrzak RH, Mitchell K, Mota N. (2019) Trauma Exposure, DSM-5 Posttraumatic Stress, and Binge Eating Symptoms: Results From a Nationally Representative Sample. *J Clin Psychiatry*. 22;80

Bremner, J. D. (2000). Development and preliminar psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The early trauma inventory. *Depression and Anxiety*, 1-12.

Bremner, J. D. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 211-218.

Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating disorders*, 15(4), 285-304.

- Brody, M. L. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 381-386.
- Cabello, J. (2005). Recuperado el 10 de 12 de 2020, de redcaspe: https://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force=
- Connors, M.E. and Morse, W. (1993), Sexual abuse and eating disorders: A review. *Int. J. Eat. Disord.*, 13: 1-11.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating behaviors*, 8(1), 23-30.
- Christensen, DS, Dich, N, Flensburg-Madsen, T, Garde, E, Hansen, ÅM, Mortensen, EL. (2019) Objective and subjective stress, personality, and allostatic load. *Brain Behav.* ; 9:e01386.
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G. and O'Neil, P.M. (1997), The National Women's Study: Relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 21: 213-228.
- Dardennes RM, Z. P.-G. (2007). Family trios analysis of common polymorphisms in the Family trios analysis of common polymorphisms in the obestatin/ghrelin, BDNF and AGRP genes in patients with anorexia nervosa: association with subtype, body-mass index, severity and age of onset. *Psychoneuroendocrinology*, 106-113.
- Ebihara K, O. Y. (1999). Involvement of agouti-related protein, an endogenous antagonist of hypothalamic melanocortin receptor, in leptin action. *Diabetes* , 2028-2033.
- Fairburn, C. G. (1993). *The eating disorder examination*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 363-370.

Gormally, J. B. (1982). The assesment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 47-55.

Grilo, C. M. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 317-322.

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obesity*, 9(5), 320–325

Guisado, J. A. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27-32.

Harned, M.S. (2000), Harassed bodies. *Psychology of Women Quarterly*, 24: 336-348.

Harrington, E. F., Crowther, J. H., Payne Henrickson, H. C., & Mickelson, K. D. (2006). The relationships among trauma, stress, ethnicity, and binge eating. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(2), 212–229

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. (2013) *Designing clinical research : an epidemiologic approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; Appendix 6D, page 80

Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A., & Fabbriatore, M. (2016). Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating. *Child abuse & neglect*, 58, 180-190.

June Larkin, Carla Rice & Vanessa Russell (1996) Slipping through the cracks: Sexual harassment, eating problems, and the problem of embodiment, *Eating Disorders*, 4:1, 5-26

Kneipp, L., Kelly, K., & Wise, I. (2011). Trauma Symptoms as Predisposing Factors for Body Image Distortion. *Individual Differences Research*, 9(3).

Lewinsohn, P. M.-M. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 426-440.

Liberati A, A. D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*, 6(7).

Luquet S, P. F. (2005). NPY/AgRP neurons are essential for feeding in adult mice but can be ablated in neonates. *Science*, 683-685.

Malecki, Jennifer Rhodes, Paul & Ussher, Jane Childhood trauma and anorexia nervosa: from body image to embodiment, (2018) *Health Care for Women International*, 39:8, 936-951

Mussell, M. P. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 395-401.

Osóiro, F. L.-d.-S. (2013). Psychometrics properties of Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SR) for the Brazilian Context. *PLoS ONE*.

Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G. et al. (2017) Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord* **22**, 13–26

Perrotta G (2019) Psychological trauma: definition, clinical contexts, neural correlations and therapeutic approaches. Recent discoveries. *Curr Res Psychiatry Brain Disord: CRPBD-100006*

Pull, C. (2004). Binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 43-48.

Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M.-A., Kahn, J.-P., Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*.

Smyth, J.M., Heron, K.E., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. and Thompson, K.M. (2008), The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *Int. J. Eat. Disord.*, 41: 195-202

Spitzer, R. L. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 191-203.

Striegel-Moore, R. H. (1993). *Etiology of binge eating: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.

Striegel-Moore, R. H., Dohm, F.-A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, Bullying, and Discrimination as Risk Factors for Binge Eating Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1902–1907

Stunkard AJ, G. W. (1955). The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med*, 78-86.

Tanofsky, M. B. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49-54.

TD, B. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 285-304.

Telch, C. F. (1994). Obesity, binge eating, and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 53-61.

Troop, N.A. and Treasure, J.L. (1997), Psychosocial factors in the onset of eating disorders: Responses to life-events and difficulties. *British Journal of Medical Psychology*, 70: 373-385

Ural, Cenk; Belli, Hasan; Akbudak, Mahir; (2017) Relation of binge eating disorder with impulsiveness in obese individuals *World J Psychiatry*. 7(2): 114–120.

Vink T, H. A.-D. (2001). Association between an agouti-related protein gene polymorphism and anorexia nervosa. *Mol Psychiatry*, 325–328.

Wilfley, D. E. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 641-649.

Yanovski, S. Z. (1993). Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. . *Obesity Research*, 306-318.

Rorty, M; Yager, J; (1996) Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 19, Issue 4 Pages 773-791