



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
MULTIDISCIPLINAR EN LÍNEA EN PACIENTES CON
TRASTORNO POR ATRACÓN**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARIANA VALDEZ AGUILAR

TUTORA PRINCIPAL

DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO
FES IZTACALA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
FES IZTACALA, UNAM

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DRA. XÓCHITL LÓPEZ AGUILAR
FES IZTACALA, UNAM

DRA. EVA MARTINS DA CONCEICAO
UNIVERSIDAD DE MINHO

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2022



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 estudio fue posible gracias al CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
(CONACYT)

Número de beca 622907

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Agradecimientos

A la Doctora Rosalia Vázquez Arévalo gracias por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas tanto en el mundo de la investigación como en la parte clínica, por su invitación a siempre reflexionar, ser crítica, cuestionarme e ir despacio. Gracias por sus pláticas, por su amistad, por sacarme una sonrisa, ante todo no solo fue mi maestra sino una amiga de quien me llevo mucho conocimiento.

Al Doctor Juan Manuel Mancilla Díaz por su entusiasmo, su disposición siempre a revisarme, sus grandes aportes a esta investigación, por sus conocimientos que siempre enriquecieron mi trabajo. Gracias por que siempre estuvo presente a lo largo de este camino.

A la Doctora Rebeca Guzmán Saldaña, por ser mi maestra, mi tutora, un modelo a seguir desde hace mucho tiempo. Por siempre estar dispuesta a escucharme y a revisarme, por confiar en mi siempre. Gracias ser una guía tanto en la investigación como en la docencia.

A la Doctor Xóchitl López Aguilar, le agradezco su colaboración y participación en mi proyecto, siempre con una sonrisa y dando una retroalimentación positiva y activa.

A la Doctora Eva Martins Da Conceicao, gracias por apoyarme en la parte metodológica de la intervención cuando en un principio me sentía un poco perdida, sus contribuciones fueron un parteaguas para este proyecto.

A la Doctora Marisol Mora y la Doctora Rosa María Raich por haberme recibido en Barcelona, España durante mi estancia en la Universidad Autónoma de Barcelona, gracias por sus atenciones y sus conocimientos compartidos.

Muchas gracias al Grupo de Investigación en Nutrición, a quienes ayudaron a la implementación de la intervención multidisciplinar, su colaboración fue esencial para que este proyecto tuviera estos magníficos resultados.

Y sobretodo un agradecimiento especial a los participantes que confiaron en nosotros para ser atendidos en este tratamiento.

Dedicatoria

A mis padres, por apoyarme siempre incondicionalmente. Los amo infinito.

A mi hermano, por ser un amigo, un confidente, una persona humana, sensible en quien siempre sé podre confiar.

A mis amigas Violeta, Karina, Majo, Valeria, Karlita, Adriana, Diana. Gracias por su apoyo, su tiempo, su alegría, las tristezas, las locuras, su sororidad, el tiempo de cafés, las pláticas compartidas.

A Carlos gracias por los apapachos y las ternuras. Por motivarme para seguir adelante siempre.

A Carolina Olvera, gracias por ayudarme a crecer y madurar. Te quiero mucho.

A Rayito por ser ese perro raro que me acompañó en las desveladas.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS (TCAIA)	15
CONCEPTUALIZACIÓN	15
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	17
EPIDEMIOLOGÍA	22
COMORBILIDADES Y MORTALIDAD	23
CAPÍTULO 2. TRASTORNO POR ATRACÓN	24
CONCEPTUALIZACIÓN	24
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	24
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	25
EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA	27
FACTORES ASOCIADOS AL TPA	28
CURSO Y PRONÓSTICO DEL TRASTORNO	37
COMORBILIDADES	37
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL TPA	39
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN LÍNEA	39
<i>Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)</i>	39
<i>Terapia Interpersonal (IPT)</i>	40
<i>Terapia Dialéctica Conductual</i>	41
<i>Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva (TICAF)</i>	44
<i>Otras terapias psicológicas</i>	45
TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS	46
TRATAMIENTOS MÉDICOS	47
TRATAMIENTOS NUTRICIONALES	48
TRATAMIENTOS MULTIDISCIPLINARES	49
III. JUSTIFICACIÓN	51
IV. OBJETIVO GENERAL	52
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
V. MÉTODO GENERAL	53
DEFINICIÓN DE VARIABLES	53
CONSIDERACIONES ÉTICAS	56
ESTUDIOS QUE INTEGRAN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	56
VI. ESTUDIO PRELIMINAR. VALIDACIÓN Y PUNTO DE CORTE DE LA ESCALA DE ATRACÓN ALIMENTARIO (BES) EN POBLACIÓN MEXICANA	57
ANTECEDENTES	57
MÉTODO	60
<i>Muestra</i>	60

<i>Instrumentos</i>	61
<i>Procedimiento</i>	62
<i>Análisis de datos</i>	63
RESULTADOS	64
<i>Análisis de la confiabilidad</i>	64
<i>Análisis de la validez</i>	65
<i>Punto de corte para la Escala de Atracón</i>	66
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO PRELIMINAR	67
VII. ESTUDIO PRINCIPAL. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ATRACÓN	70
OBJETIVO GENERAL	70
MÉTODO	70
<i>Diseño de investigación</i>	70
<i>Participantes</i>	71
<i>Motivos de abandono de participantes</i>	72
<i>Instrumentos</i>	72
<i>Procedimiento</i>	75
<i>Análisis Estadístico</i>	80
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	81
DISCUSIÓN.....	98
CONCLUSIONES	102
VIII.REFERENCIAS	104
IX. ANEXOS	123

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de pica en el DSM-5	17
Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno de rumiación en el DSM-5	18
Tabla 3. Criterios diagnósticos del TERIA en el DSM-5	19
Tabla 4. Criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa en el DSM-5	20
Tabla 5. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa en el DSM-5	21
Tabla 6. Criterios diagnósticos del Trastorno por Atracón en el DSM-5	26
Tabla 7. Variable Independiente	53
Tabla 8. Variables Dependientes	53
Tabla 9. Relación ítem total del BES	64
Tabla 10. Análisis factorial exploratorio del BES	65
Tabla 11. Valores de sensibilidad y especificad explorados	67
Tabla 12. Caracterización inicial de los participantes	71
Tabla 13. Sesiones de la intervención multidisciplinar	79
Tabla 14. Pre evaluación de la sintomatología de atracón.	81
Tabla 15. Pre evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión	83
Tabla 16. Pre evaluación de la inteligencia emocional	83
Tabla 17. Peso e IMC inicial	84
Tabla 18. Frecuencia de alimentos al inicio del tratamiento	85
Tabla 19. Pre-post evaluación de la sintomatología de atracón	86
Tabla 20. Pre-post evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión	87
Tabla 21. Pre-post evaluación de la inteligencia emocional	88
Tabla 22. Pre-post evaluación de la alimentación de los participantes	89
Tabla 23. Resultados sintomatología de atracón del primer y segundo seguimiento	91
Tabla 24. Resultados sintomatología de ansiedad del primer y segundo seguimiento	92
Tabla 25. Resultados de inteligencia emocional del primer y segundo seguimiento	93
Tabla 26. 1er y 2do seguimiento de la alimentación de los participantes	95
Tabla 27. Cambio clínico objetivo observado en las variables intervenidas	96

INDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo con el DSM-5	16
Fig. 2 Modelo de la estructura factorial confirmatoria de la Escala de Atracón en población mexicana de hombres y mujeres	66
Fig. 3 Curva de ROC para la Escala de Atracón Alimentario en población mexicana.	67
Fig. 4 Diagrama del diseño de la intervención multidisciplinar	70
Fig. 5 Anuncio en Facebook de la intervención multidisciplinaria	76
Fig. 6 Anuncio de los Talleres de alimentación saludable	76
Fig. 7 Diagrama de recolección de los participantes	77
Fig. 8 Peso corporal inicial de los participantes	84
Fig. 9 Post evaluación sintomatología atracón alimentaria	86
Fig. 10 Pre-post evaluación sintomatología de ansiedad y depresión	87
Fig. 11 Pre-post evaluación del peso corporal	88
Fig. 12 Post evaluación de la actividad física de los participantes	90
Fig. 13 Resultados de sintomatología de atracón del segundo seguimiento	91
Fig. 14 Resultados de sintomatología de ansiedad y depresión durante los seguimientos	92
Fig. 15 Seguimientos del peso de los participantes	94
Fig. 16 Seguimiento de la actividad física en los participantes	96

Resumen

El objetivo del estudio principal fue evaluar la efectividad de un tratamiento multidisciplinar en línea en pacientes con trastorno por atracón (TpA). Para llevarlo a cabo primero se realizó el estudio preliminar, el cual tuvo como objetivo confirmar la estructura factorial de la Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale*) a través del análisis factorial confirmatorio (AFC) y proponer un punto de corte en población mexicana. La muestra de este estudio fue no probabilística constituida por 421 personas (140 hombres = 33.3% y 281 mujeres = 66.7%) con un rango de edad de 18 a 57 años ($M= 23.92$, $D.E = 7.38$) provenientes de la ciudad de México y la zona metropolitana. Todos los participantes contestaron dos instrumentos (BES y QEWP-R) y aquellos que puntuaron alto fueron entrevistados para diagnóstico de TpA. En los resultados se encontró que, de las 421 personas, se diagnosticaron 60 con TpA. Se observó una adecuada consistencia interna del instrumento ($\alpha = .90$). El AFC ratificó la estructura de la versión original de dos factores 1) Manifestaciones cognitivas y 2) Manifestaciones conductuales, presentando un buen ajuste de los datos: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2 = 226.201$, $p = .001$), con $gl = 100$, 2) GFI = .961, 3) NFI = .955, 4) CFI = .975 y 5) RMSEA = .053). Se exploraron diferentes puntos de corte, observando el 17 como el más adecuado de acuerdo con los valores de sensibilidad (98%) y especificidad (93%). Posteriormente, se realizó el estudio principal, en el que participaron 15 personas diagnosticadas con TpA (2 hombres y 13 mujeres) con una edad promedio de 34.93 años y un IMC inicial promedio de 42. Los participantes se dividieron en dos grupos según la gravedad del trastorno. El tratamiento se realizó en 28 sesiones, cada una de dos horas por semana; la primera hora consistía en terapia grupal y la segunda en individual. Se realizó cuatro momentos de evaluación: pre, post y dos seguimientos. En los resultados se encontró que cinco pacientes no concluyeron el tratamiento. Las comparaciones se realizaron a través de la prueba no paramétrica de Friedman encontrando una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología de atracón ($x^2=15.57$; $p=.001$), sintomatología de ansiedad ($x^2=15.96$; $p=.001$) y depresión ($x^2=15.03$; $p=.002$). Hubo una mejoría en la claridad ($x^2=11.60$; $p=.010$) y regulación emocional ($x^2=7.75$; $p=.050$), únicamente en las mujeres. Los pacientes redujeron su peso corporal, mejoraron hábitos alimentarios introduciendo fruta y verdura diariamente e incluyeron la actividad física en su rutina diaria, realizando de 20 a 30 minutos diarios. A partir del cambio clínico objetivo se observó un cambio positivo en las variables abordadas. Los datos presentados permiten concluir que la intervención multidisciplinaria en línea fue efectiva en el tratamiento del TpA.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, trastorno por atracón, intervención psicológica, obesidad.

Abstract

The objective of the main study was to evaluate the efficacy of a multidisciplinary online treatment in patients with binge eating disorder (BED). To carry out the preliminary study, the objective was to confirm the factorial structure of the Binge Eating Scale (BES) through confirmatory factor analysis (CFA) and to propose a cut-off point in the Mexican population. The sample of this study was non-probabilistic, consisting of 421 people (140 men = 33.3% and 281 women = 66.7%) with an age range of 18 to 57 years ($M = 23.92$, $SD = 7.38$) from Mexico City and the metropolitan area. All participants answered two instruments (BES and QEWP-R) and those who scored high were interviewed for a diagnosis of BED. In the results, it was found that, of the 421 people, 60 were shown to have BED. An adequate internal consistency of the instrument was lost ($\alpha = .90$). The CFA ratified the structure of the original version of two factors 1) Cognitive manifestations and 2) Behavioral manifestations, presenting a good adjustment of the data: 1) Significant chi square ($X^2 = 226.201$, $p = .001$), with $gl = 100$, 2) GFI = .961, 3) NFI = .955, 4) CFI = .975 and 5) RMSEA = .053). Different cut-off points were explored, observing 17 as the most appropriate according to the values of sensitivity (98%) and specificity (93%). Subsequently, the main study was conducted, involving 15 people diagnosed with BED (2 men and 13 women) with a mean age of 34.93 years and a mean initial BMI of 42. The participants were divided into two groups according to the severity of the disorder. The treatment was carried out in 28 sessions, each lasting two hours per week; the first hour consisted of group therapy and the second individual. Four moments of evaluation were carried out: pre, post and two follow-ups. In the results it was found that five patients did not complete the treatment. The comparisons were made through the non-parametric Friedman test, finding a statistically significant decrease in binge eating symptoms ($x^2 = 15.57$; $p = .001$), anxiety symptoms ($x^2 = 15.96$; $p = .001$) and depression ($x^2 = 15.03$, $p = .002$). There was an improvement in clarity ($x^2 = 11.60$; $p = .010$) and emotional regulation ($x^2 = 7.75$; $p = .050$), only in women. The patients reduced their body weight, improved eating habits by introducing fruit and vegetables daily, and included physical activity in their daily routine, performing 20 to 30 minutes a day. From the objective clinical change, a positive change was observed in the variables addressed. The data presented allow us to conclude that the online multidisciplinary intervention was effective in the treatment of BED.

Keywords: feeding and eating disorders, binge-eating disorder, psychological intervention, obesity.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos (TCAIA) entre los que se encuentran la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TpA), Pica, Rumiación y Trastorno por Evitación son un grupo de enfermedades mentales que involucran creencias negativas sobre la comida, la imagen y/o el peso corporal que generalmente se acompañan de conductas que incluyen restricción de la ingesta, atracones, realización excesiva de ejercicio, provocación del vómito y uso de laxantes. Los TCAIA se presentan frecuentemente en adolescentes y adultos jóvenes, tanto en hombres como en mujeres. Estas afecciones pueden llegar a ser graves ya que involucran múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas e incluso pueden llegar a provocar la muerte (APA, 2014).

Actualmente, la clasificación de los tipos de TCAIA y sus características para el diagnóstico quedan definidas en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, edición 11 (CIE-11, OMS, 2019). Recientes estudios de prevalencia han indicado amplias diferencias en función del grupo de edad y sexo, siendo muy superior en las mujeres jóvenes. La prevalencia de los TCAIA por continentes es del 2.2 % en Europa, del 3.5 % en Asia y del 4.6 % en América (Arija Val et al., 2022) (Arija Val et al., 2022). En especial en México, según un estudio reciente, la prevalencia va del 0.5 al 1.4% (Kolar et al., 2016).

Dado lo anterior, los trastornos alimentarios son psicopatologías de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales, y en los que diversos elementos se deben considerar para lograr los mejores resultados posibles en su tratamiento. De esta forma, la detección, evaluación y tratamiento de los TCAIA genera grandes dificultades para los profesionales de la salud encargados de este tipo de padecimientos (Hay, 2020).

En especial, el TpA es la psicopatología alimentaria más prevalente entre la población (Hilbert, 2019; Vázquez Arévalo et al., 2015; Velázquez López et al., 2018). Desde mayo de 2013, está reconocido oficialmente por *The American Psychiatry Association* (APA) como una psicopatología alimentaria con sus propios criterios diagnósticos. El TpA se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, la ingestión en un periodo corto de tiempo de una gran cantidad de alimentos superior a lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares, además, se tiene una sensación de pérdida de control sobre lo que se consume. Dichos episodios de sobreingesta se asocian

con sentimientos negativos como vergüenza, culpa y angustia, asimismo, a diferencia de la BN, quiénes los padecen no se involucran en conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, diuréticos o laxantes (APA, 2013).

Es de destacarse que el TpA es poco reconocido y tratado entre la población. Una encuesta a profesionales de la salud reportó que más del 40% nunca había evaluado a sus pacientes que presentaban el trastorno (McElroy et al 2015). En otro estudio sólo a un tercio de los pacientes con este trastorno se les preguntó acerca de sus problemas alimentarios y menos del 10% de los pacientes recibieron un tratamiento adecuado (Mond et al., 2010). Dado lo anterior, es importante tanto su evaluación oportuna como implementar un tratamiento eficaz. Se ha observado que la terapia psicológica es el tratamiento más efectivo, y por lo tanto de primera elección (Lydecker, 2020). Existen distintas intervenciones psicológicas como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia Interpersonal (TIP), la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva (TICAF) para el tratamiento de esta psicopatología alimentaria.

Aunque la TCC y la TIP parecen ser los tratamientos más efectivos para reducir los atracones, acceder a dichos tratamientos puede estar limitado debido a la falta de disponibilidad local y/o costo. Además, se ha observado que del 33 al 50% de los pacientes no parecen beneficiarse completamente del tratamiento psicológico, ya que aunque estas terapias eliminan con éxito la psicopatología alimentaria, existe evidencia de poca pérdida de peso (Citrome, 2019). De esta forma, se ha observado que es indispensable contar con un equipo multidisciplinar de tratamiento que ayude a una intervención integral y oportuna de estas psicopatologías (Cena et al., 2022).

Diferentes guías clínicas como *The American Psychiatry Association*, (APA) y *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), han recomendado un enfoque multidisciplinar para la atención de los pacientes con TpA incluyendo, médicos, psicólogos, nutriólogos y activadores físicos, junto con la TCC o algún otro tratamiento psicológico como pieza clave lo que puede traer mayores beneficios a corto y largo plazo (NICE, 2018). Se puede decir que está empezando a reunirse la evidencia suficiente de tratamientos multidisciplinarios para pacientes con este trastorno, sin embargo aún se necesita mayor investigación (Costa & Melnik, 2016). En México el trabajo en el tratamiento de estos pacientes está comenzando, no obstante, existen pocos trabajos sobre esta psicopatología (López-Aguilar et al., 2010; Vázquez Arévalo et al., 2015; Velázquez López et al., 2018).

Por otro lado, como resultado de la pandemia por COVID-19, gran parte de los tratamientos de salud mental, incluidos los programas de trastornos alimentarios, migraron a plataformas en línea (Frayn et al., 2021). En este sentido, la virtualidad se destacó como el plan idóneo ante la crisis sanitaria que se vivió alrededor del mundo y tal parece que la terapia en línea trajo grandes aportes sobre todo por la disminución de los costos, las opciones de seguridad en las videoconferencias y también el fácil acceso que se tiene a internet desde cualquier parte del mundo (Weissman et al., 2020). Por lo que las modificaciones en la atención psicológica a los pacientes con TpA fue parte del tratamiento que se realizó a lo largo del presente estudio. En este sentido el objetivo del estudio principal fue evaluar la factibilidad de un tratamiento multidisciplinar en línea con pacientes con TpA,

Dado lo anterior, en los capítulos de ésta tesis se integra un cuerpo teórico que pretende explicar e integrar diferentes perspectivas en las que se sustenta el entendimiento del TpA, sus antecedentes, etiología, epidemiología, curso y evolución, esto con el fin de respaldar una propuesta de intervención. La investigación constó de dos estudios: 1) Estudio preliminar. Validación de la Escala de atracón alimentario (BES) en población mexicana y 2) Estudio principal. Evaluación de una intervención multidisciplinar en línea en pacientes con trastorno por atracón.

En el capítulo 1 titulado “Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos” se realizó una conceptualización sobre los trastornos alimentarios, se describe los criterios diagnósticos de cada uno de ellos, así como su epidemiología y comorbilidad. En el capítulo 2 titulado “Trastorno por atracón” se realizó una breve descripción del trastorno, sus criterios diagnósticos, su epidemiología así como los factores asociados y sus comorbilidades. En el capítulo 3 titulado “Tratamientos para el trastorno por atracón” se describió los diferentes tratamientos psicológicos, nutricionales, farmacológicos, médicos y multidisciplinarios que existen para el abordaje del trastorno.

Posteriormente, se da paso a la justificación y objetivos para así continuar con el método general de la investigación donde se abordó la definición de variables, instrumentos, consideraciones éticas y los estudios que integran el proyecto. En el estudio preliminar se describe la validación del BES a través del AFC, así como los resultados de los valores de sensibilidad y especificidad en población clínica y no clínica.

Después, en el estudio principal el cual consistió en la implementación de un tratamiento multidisciplinar en línea con pacientes con TpA, se aborda la metodología, el análisis de resultados

obtenidos así como la discusión. Finalmente se integra el apartado de referencias, y en anexos se agregan los materiales utilizados en las distintas etapas de la presente investigación.

II. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS (TCAIA)

Conceptualización

Según la *American Psychiatric Association* (2014), los TCAIA se encuentran en el grupo de trastornos mentales conductuales y se denotan por una alteración persistente en la alimentación, que causa un deterioro en la salud física y el funcionamiento psicosocial, afectando la calidad de vida, las relaciones sociales y el rendimiento educativo (Patel et al. 2016); estos trastornos están asociados con otros como la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias, que pudieran desencadenarlos o son consecuencia del trastorno alimentario que se padece (Castaño et al., 2012; Montes, 2017). El DSM -5 (APA, 2014), reconoce varios tipos dentro de esta categoría, como: trastorno de rumiación, evitación, TpA, AN, BN y pica.

Se podría comenzar por señalar la historia de los trastornos alimentarios con la AN como primer referente, la cual se menciona por primera vez en 1874 en un comunicado de medicina en Oxford, que se producía por lo general en jóvenes mujeres y que se caracterizaba por una emaciación y ausencia de apetito. En un primer momento el Dr. William Gull la llamó aepsia histérica, posteriormente coincidiría con *Lasègue* en llamarla anorexia nerviosa, ambos serán los precursores científicos de este padecimiento (Vázquez-Arévalo et al., 2015).

A finales del siglo XIX se comienza a reconocer una causa psicológica de la AN, gracias a las aportaciones de Decourt (1954, como se cita en Guillemot y Laxenaire, 1994), y al éxito de los tratamientos que los psiquiatras conseguían empleando el aislamiento y la separación del paciente respecto a su familia. Es después de la II Guerra Mundial cuando se inicia con la concepción actual de los trastorno alimentarios. En la década de 1960 el modelo de la neurosis sirve de base para explicaciones psicopatológicas, que intentan su evaluación y pronóstico, consiguiendo que la siguiente década se les considere un área de interés en la Medicina y en la Psiquiatría. Hasta 1980, fundamentado en los estudios de Russell (1979) aparece por primera vez la AN en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su tercera versión (DSM III, APA, 1980), la cual contaba con la BN como un subtipo (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

En la tercera versión revisada (DSM-III-TR, APA, 1987) se agrega al término de bulimia, el origen psicológico de la enfermedad, llamándola BN, la cual aparece como entidad nosológica independiente, considerando los criterios diagnósticos propuestos por Russell (1979) para esta y centrando los criterios en la presencia de atracones alimentarios y las reacciones psíquicas que conducían estos episodios.

En 1994 en la cuarta edición del manual (DSM-IV, APA, 1994), aparecen significativos cambios en el área de los trastornos de la conducta alimentaria, agrupándose en dos: los de la infancia y los de la adolescencia, estos últimos se agrupan en específicos (que incluyen la AN y BN) y los no específicos, o TCANE, que incluyen a los cuadros subclínicos, y al trastorno por atracón. En la versión revisada DSMIV- TR (APA, 2000), no hubo modificaciones en esta estructura.

En la última edición del manual, DSM-5 (APA, 2013) los TCAIA se denominarían “Trastornos de la Conducta Alimentaria y de la Ingestión de Alimentos” ya que se incluye la pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, AN, BN, TpA, y otros trastornos alimentarios no especificados (APA, 2013). En el nuevo DSM, todos los trastornos quedan agrupados en un solo capítulo (figura 1) (APA, 2013). A su vez, en la CIE-11 (Organización Paramericana de la Salud, 2003) (CIE-11; OMS, 2018), los TCAIA se encuentran situados dentro de una categoría más amplia: “Los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” y, concretamente, en la categoría “Trastornos de la conducta alimentaria”. (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

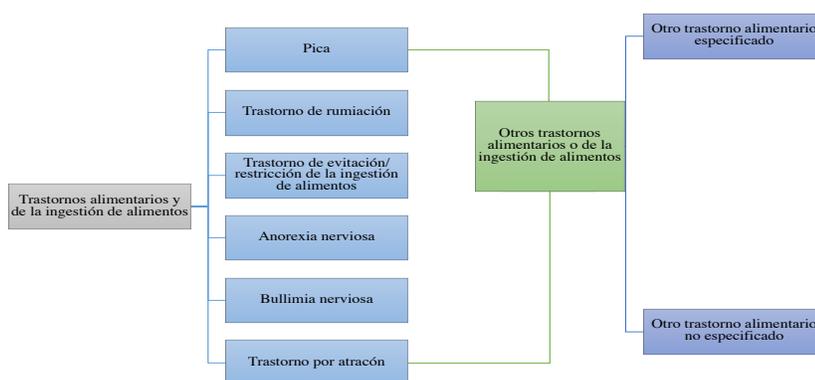


Figura 1. Clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013).

De esta forma, es importante notar la relevante heterogeneidad de los TCAIA y los subtipos que tienen, lo que ha provocado la necesidad de realizar todos los cambios descritos en las clasificaciones con el objetivo de dar respuesta a la diversidad clínica existente. Como se puede observar, existe bastante consenso entre las dos principales clasificaciones diagnósticas (CIE-11 y DSM-5), aunque también se manifiesta cierta variabilidad a la hora de entender estos trastornos sobre todo en la atención clínica y hospitalaria (APA, 2014). A continuación se describirá los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos alimentarios. Del TpA y sus criterios se hablará en el segundo capítulo de esta tesis.

Criterios diagnósticos de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Pica

El pica se caracteriza por la ingesta de sustancias crudas no comestibles. Su nombre proviene de la palabra latina pica, que significa “urraca” (*Pica pica*) debido a que el comportamiento alimentario de esta ave se asemeja al de las personas que padecen dicha psicopatología (Medina-Tepal et al., 2021).

El trastorno de pica es el único que puede ser diagnosticado en presencia de cualquier otro TCAIA. Debido a que la ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias puede suceder en el transcurso de AN. En este sentido, se ha referido que la pica permanece poco detectada, debido en parte a la inconsistencia en su operacionalización, es decir, por lo que se refiere a la pica, diferentes estudios (Delaney et al., 2015) reportan haber tomado en cuenta la ingestión de algunos alimentos con bajo valor nutricional. A continuación se presentan sus criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 (APA, 2014) (tabla 1):

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del trastorno de pica en el DSM-5 (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

Pica
A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.
B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p.ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.
Especificar si: En remisión: después de haberse cumplido todos los criterios para el pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Trastorno de rumiación

El trastorno de rumiación se caracteriza por la regurgitación o mericismo de alimentos parcialmente digeridos que son vueltos a masticar, para después tragarlos nuevamente o escupirlos (Birmingham & Firoz, 2006). De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de rumiación, puede diagnosticarse a cualquier edad, siendo particularmente más frecuente en personas con discapacidad intelectual. Las personas con AN y BN también pueden presentar regurgitación y posteriormente escupir los alimentos como un mecanismo para perder las calorías ingeridas. No obstante, hay que distinguirlo de este trastorno, que difiere sustancialmente en su evolución clínica, no hay temor a engordar, ni la autovaloración depende del peso corporal (APA, 2014). A continuación se describen sus criterios diagnósticos (tabla 2):

Tabla 2.

Criterios diagnósticos de trastorno de rumiación de acuerdo al DSM-5 (APA, 2014)

Rumiación
A. Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escuper.
B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo esofágico, estenosis pilórica).
C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la AN, BN o el TpA o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERA).
D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental(p.ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del neurodesarrollo), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.
Especificar si: En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Existen pocos antecedentes del trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA), probablemente porque formaba parte de los TCANE. Se ha señalado que el TERIA procede de las descripciones clínicas de otros trastornos, de los cuales se han extraído rasgos que lo conforman. Uno de estos es el trastorno emocional de evitación de alimentos, que implica que la restricción alimentaria no se debe a la preocupación por la figura o el peso corporal; otro es la alimentación selectiva, de la que emana el rasgo de la evitación de alimentos a causa de sus características organolépticas, y por último la disfagia funcional, en la cual aparece la característica del miedo a comer por las consecuencias repulsivas (Nicely et al. 2014).

La principal característica diagnóstica del TERIA es la evitación o restricción en la ingesta de alimentos, que en el DSM-5 se especifica mejor y se añaden cinco características, donde debe presentarse al menos una, que nos remiten a las consecuencias de esta conducta, como el bajo peso, deficiencias nutricias significativas, afectaciones importantes en el ámbito psicosocial, entre otras (APA, 2014). A continuación se describen sus criterios diagnósticos (tabla 3):

Tabla 3.

Criterios diagnósticos del TERIA en el DSM-5 (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos
<p>A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas nevesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los siguientes hechos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en niños) 2. Deficiencia nutritiva significativa 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial. <p>B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.</p> <p>C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia o bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.</p> <p>D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se eplica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o patología, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y se justifica la atención clínica adicional.</p> <p>Especificar si: En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.</p>

Anorexia Nerviosa

La AN es un trastorno grave de la conducta alimentaria en el que la persona que la padece presenta un peso inferior al que se esperaría por su edad, sexo y altura, sin que exista alguna alteración médica que explique la pérdida de peso. El peso corporal se pierde por ayunos o restricción extrema de comida, aunque un gran porcentaje de personas que lo padecen usan también conductas compensatorias como el vómito, laxantes y/o diuréticos y ejercicio físico excesivo para perder peso

(Hilbert et al., 2014). La AN es un trastorno que, dada su historia, ha presentado diversos cambios en sus criterios. A continuación, se presentan sus criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) (tabla 4).

Tabla 4.

Criterios diagnósticos de la Anorexia según el DSM-5 (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

Anorexia Nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es el inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual

Especificar si:

- Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
- Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Bulimia Nerviosa

La BN es una psicopatología grave en la que se presentan frecuentes episodios de atracones y se utilizan conductas compensatorias como el vómito auto inducido, laxantes o diuréticos varias veces a la semana para prevenir el aumento de peso. Además, las y los pacientes presentan un miedo patológico a engordar (Slade et al; 2018). Es importante destacar que los atracones no sólo son

resultado del hambre, sino también de un malestar emocional, por lo que la comida serviría de alivio y ayudaría a resolver esta incomodidad a corto plazo. Muchos de los casos de AN que han iniciado con dietas estrictas tienden a desarrollar BN, a causa de que a medida que la restricción se intensifica, las personas experimentan episodios de sobreingesta incontrolables (Ahmadiankalati et al., 2020).

En el DSM-5 desaparecen los subtipos de BN dado que, en la práctica clínica, el subtipo no purgativo era poco común y tendía a confundirse con el diagnóstico de Tpa (Call, 2013). Asimismo, en el DSM- 5 se agregan especificaciones de remisión y gravedad, que en el caso de la BN se definen en función de las frecuencias de las conductas compensatorias. A continuación, se presenta sus criterios de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) (tabla 5):

Tabla 5.

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa según el DSM-5 (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

Bulimia Nerviosa
A. Episodios recurrentes de atracones.
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:
<ul style="list-style-type: none">• 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 periodo continuado.• En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ningún de los criterios durante un periodo continuado.
Especificar la gravedad actual:
<ul style="list-style-type: none">• 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 inapropiados a la semana.
 - Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
-

Otros trastornos de la conducta alimentaria especificado y no especificado

El DSM-5 define esta categoría como psicopatologías en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de esta categoría diagnóstica (APA, 2014). La categoría de “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” se utiliza en situaciones en las que el clínico comunica el motivo por el que el trastorno no cumple los criterios para un TCAIA. Algunos ejemplos de trastornos que se pueden especificar utilizando esta definición podrían ser: AN atípica, trastorno por purga, síndrome de ingestión nocturna de alimentos, entre otros (APA, 2014).

Epidemiología

En cuanto a la prevalencia de pica varios estudios hechos en la población general reportan que va de 0.02 a 76.5% (Medina-Tepal et al., 2021). Tan amplio rango puede deberse a la metodología empleada, ya que estudios con porcentajes elevados de prevalencia suelen disponer de muestras pequeñas y utilizar entrevistas personales como método de recolección de datos (Sturmey & Williams, 2016).

La prevalencia del trastorno de rumiación es desconocida. Esto puede deberse a los diversos nombres con que se le conoce: “trastorno de regurgitación”, “trastorno de rumiación”, “síndrome de rumiación” (Hartman et al., 2018). En relación con la prevalencia de TERIA se reporta una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, y también en pacientes jóvenes que sufren AN, quienes presentan una duración de la enfermedad más prolongada y con comorbilidades médicas o psiquiátricas (Medina-Tepal et al., 2021). Por otro lado, la prevalencia de trastornos alimentarios parciales es al menos el doble que la de los trastornos que cumplen los criterios completos (APA, 2014).

En cuanto a la incidencia de AN y BN se ha observado que ha aumentado notablemente durante los últimos 50 años, parte del incremento podría deberse a una mayor conciencia y notificación de estos trastornos (Smink et al., 2012). Para la AN se ha observado que va del 0.67 al 1.2 %. En el caso de la BN la prevalencia es del 0.59 al 0.6 % (Lindvall et al., 2017).

En América Latina se ha encontrado que la tasa de prevalencia de AN para los adolescentes de 12 a 17 años fue del 0.5%, para BN de 1.0% y de 1.4% para TpA (Koler et al., 2016).

Respecto a las tasas de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en varones han sido reconocidas muy recientemente ya que existe una gran subestimación. En entornos comunitarios se ha indicado que las tasas de esta psicopatología en hombres aumentan a un ritmo más rápido que en las mujeres, y sin grado de diferencia en la severidad clínica (Mitchison & Mond, 2015). Se ha sugerido que no hay diferencias de sexo en la edad de presentación del trastorno, incluso para casos de inicio temprano (<14 años), específicamente en preadolescentes (Kinasz et al., 2016).

Comorbilidades y mortalidad

Los TCAIA a menudo se presentan simultáneamente con otras condiciones psiquiátricas y médicas que pueden complicar el tratamiento. Los trastornos del estado de ánimo y ansiedad son los más reportados (Ulfvebrand et al., 2015). Además, se ha detectado trastornos por uso de sustancias en el 10% de los pacientes. Los trastornos más comúnmente asociados con estas psicopatologías son depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fobias específicas. En cuanto a diferencias de género no se han encontrado diferencias significativas (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016).

Por último, se puede decir, que los TCAIA tienen una tendencia a la cronificación importante. La APA (2014), señala que ante la cronificación se debe, planificar de forma individualizada cada tratamiento y tener muy presente las posibles demandas por parte del paciente que se puedan presentar: hospitalizaciones de repetición, hospitalizaciones parciales, cuidados residenciales, psicoterapia, equipo multidisciplinar, apoyo social, uso de medicación (APA, 2014).

CAPÍTULO 2. TRASTORNO POR ATRACÓN

Conceptualización

El TpA se caracteriza, como su nombre indica, por un estilo de alimentación fundamentado por el comportamiento compulsivo a través de atracones, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se come (Baile, 2014).

En 1994 se empieza a reconocer en el DSM-IV (APA, 1994), con como un trastorno con relación a la obesidad, con criterios diagnósticos para la investigación del TpA la necesidad de revisiones y cambios. En un inicio, los criterios clínicos fueron estudiados en personas con sobrepeso y obesidad y aquellas sin conductas compensatorias con BN (Spitzer et al., 1993). A su vez, se aclaró que los episodios se pueden relacionar con situaciones como: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno e ingerir alimentos, aunque no se sienta hambre. Los episodios de sobreingesta ocurren al menos una vez por semana durante tres meses consecutivos. Además, estos pacientes a menudo se esconden para tener el atracón debido a la culpa que les genera su incapacidad para controlar sus impulsos (APA, 2013).

Desde el año 2013 el TpA está reconocido oficialmente como un trastorno alimentario (APA, 2013). Esta psicopatología es la más frecuente y está incrementando rápidamente su presencia frente al resto en la población en general. En este sentido, en países latinoamericanos, como México, Brasil y Venezuela, se han realizado estudios epidemiológicos en estudiantes, y se han reportado prevalencias entre 1.8 y el 0.66%,6 (Morales et al., 2015). Según una revisión sistemática, no existen más reportes poblacionales en la región, y la mayoría de las investigaciones realizadas son de escenarios clínicos y pacientes obesos que buscan tratamientos para perder peso. En este tipo de población la prevalencia oscila entre el 16 y el 51.6% (Palavras et al., 2011). Estas prevalencias tan grandes han llevado a considerar el TpA un problema de salud de gran magnitud a comienzos del siglo XXI (Cuadro & Baile, 2015).

Antecedentes históricos

Como una referencia temprana en la temática se pueden citar las observaciones de Hamburger quien en 1951 identificó en una muestra de personas con obesidad un tipo de hiperfagia que se

singularizaba por deseos compulsivos por la comida, pero, sería Stunkard (1959) quien a través de observaciones en pacientes con obesidad, empleó el término atracón, para definir el tipo de sobreingesta que caracterizaba a esta población estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y lo que sería el futuro TpA (Fairburn et al., 1993).

El término “atración” surgió del debate sobre el diagnóstico de la BN debido a que tiene un vínculo con la misma ya que se describe como un cuadro semejante (Stunkard & Sorensen, 1993). El atracón se define por una ingesta impulsiva, descontrolada y rápida de grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo, en el que no existen compensaciones como purgas o ejercicio. La finalización del episodio sólo se da cuando se alcanza un punto de incomodidad física (Wermuth et al., 1977).

Spitzer et al. (1992) en un estudio de destacable soporte psicométrico realizado con 1785 sujetos en 18 centros de dietética, observaron numerosos factores clínicos diferenciadores de personas con obesidad con TpA, de otros individuos con problemas de sobrepeso sin TpA. En este estudio describe el Síndrome de Sobreingesta Patológica o Trastorno por Ingesta Compulsiva, caracterizado por lo siguiente: 1) Consumo de alimentos hipercalóricos, 2) Clandestinidad 3) Estados fisiológicos posteriores y 4) Fluctuaciones de peso. Estos resultados se vieron confirmados y ampliados con un segundo estudio, diseñado para seguir trabajando a favor de la validación del TpA.

Los criterios asociados sirvieron para distinguir el TpA de la BN de tipo purgativo en el DSM-IV (APA, 1994). en donde aparece dentro del apartado de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificado (TANE), como una categoría diagnóstica provisional que ameritaba estudios posteriores. En la actualidad ya se consideran los criterios diagnósticos propuestos para el TpA en el DMS-5, en el que se especifica que el episodio no se asocia a la presencia recurrente de una conducta compensatoria (APA, 2013).

Criterios diagnósticos

En la tabla 6 se presentan los criterios diagnósticos del TpA propuestos en el DSM-IV (APA, 1994) y sus cambios al DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 6.

Criterios diagnósticos del trastorno por atracón en el DSM-IV-TR y DSM-5 (Vázquez-Arévalo et al; 2015).

Trastorno por atracón

TpA en el DSM-IV-TR(2000)	TpA en el DSM-5 (2013)
<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta, en un corto periodo de tiempo (p.ej. en 2 hr), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. 2. Sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p.ej; sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo). <p>B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión mucho más rápida de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. 4. Comer a solas para esconder su voracidad. 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón. <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D. Los atracones tienen lugar como medida, al menos dos días a la semana durante 6 meses.</p> <p>Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa: futuros trabajos de investigación aclaran si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días que hay atracones o en la cuantificación de su número.</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej; purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en transcurso de una anorexia o bulimia nerviosa.</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en periodo determinado (p.ej. dentro de un periodo cualquiera de dos horas) de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de pérdida 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). <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres o más de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>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 o la anorexia nerviosas.</p> <p><i>Especificar sí:</i> En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado. <i>En remisión total:</i> después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios durante un periodo continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i> La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional <i>Leve:</i> 1-3 atracones a la semana <i>Moderado:</i> 4-7 atracones a la semana <i>Grave:</i> 8-13 atracones a la semana <i>Extremo:</i> 14 o más atracones a la semana</p>

Epidemiología y etiopatogenia

El TpA presenta un perfil sociodemográfico diferente cuando se compara con AN y BN; incluyendo una relación de género más equilibrada, mayores tasas de obesidad, mayor edad de inicio y mayor duración de los síntomas del trastorno (Keski-Rahkonen, 2021) . Por ejemplo, se ha encontrado 2 a 3 veces mayores probabilidades en las mujeres para tener TpA que para los hombres, además del doble de probabilidades de presentar obesidad en las mujeres con TpA que acuden a programas de pérdida de peso, comparándolas con los hombres. Asimismo, existe una media de edad de inicio de 24.5 años, así como una media de duración del trastorno alimentario de 15.9 años (Udo & Grilo, 2018).

Este trastorno alimentario generalmente ocurre en diversas culturas y/o origen étnico. Los resultados de diferentes estudios (Cheng et al; 2019) indican que el TpA es tan común entre blancos como en población de color; sin embargo, estudios en población clínica han reportado diferencias étnicas en muestras de mujeres de población de color (Jowik et al., 2020).

En América Latina recientemente se ha identificado una prevalencia mayor de TpA en comparación con otros países occidentales (Davis, 2015) La alta prevalencia de este trastorno podría ser un fenómeno concomitante de la epidemia de obesidad, debido a que la mayoría de los países latinoamericanos tienen mayores tasas de sobrepeso y obesidad en comparación con los países europeos. En específico en México, un estudio identificó que la prevalencia para TpA en adultos es de 1.6%. (Ng et al., 2014).

En cuanto a la etiopatogenia del trastorno, se ha investigado que involucra múltiples causas como son psicológicas, biológicas y socioculturales, sin embargo, aún no queda claro el entramado de factores de origen multicausal. A propósito de los factores psicológicos se puede describir *bullying* en la etapa escolar, problemas de adaptabilidad, historias de abuso sexual y psicológico, así como abuso de sustancias –que sucede con mayor frecuencia en varones– (Citrome, 2019). En cuanto al funcionamiento familiar existe escasa información, hasta ahora se ha encontrado que las familias con TpA tienen menor cohesión y expresión emocional en comparación de familias controles (Hilbert et al., 2014).

Los factores psicológicos que predicen al TpA sobre todo en mujeres jóvenes son la insatisfacción corporal, hacer dietas restrictivas, las fluctuaciones de peso y el afecto negativo (Stice

et al; 2017), sin embargo, se ha identificado en las pacientes con TpA una relación entre la sobrevaloración de la imagen y el peso corporal con la gravedad del trastorno, sintomatología depresiva y una pobre respuesta al tratamiento (Grilo et al., 2013). Para algunos autores (Lewer et al., 2017; Pinto-Gouveia et al., 2019; Wang et al., 2019), la insatisfacción corporal es menos relevante en estas pacientes que en aquellas con AN o BN, por lo que en esta área existe cierta controversia que necesita mayor análisis e investigación.

Entre las causas genéticas y/o biológicas, se ha sugerido que la heredabilidad del TpA es de 41% a 57%, independientemente de la obesidad (Bulik et al., 2015; Mayhew et al., 2018). Además, se han sugerido múltiples explicaciones neurobiológicas para el TpA, incluida la desregulación en el centro de recompensa y el circuito de control de impulsos que están relacionados con alteraciones en la neurotransmisión de la dopamina que regula el "querer la comida" y la señalización endógena de opioides μ que ajusta el "gusto por la comida" (Citrome, 2019).

Factores asociados al TpA

Características psicológicas de los pacientes

La baja autoestima y la autocrítica negativa son las características psicológicas más frecuentemente consideradas en las personas con TCAIA (Fairburn et al., 2003). Aunque estas características están fuertemente relacionadas, se pueden distinguir conceptualmente porque la autocrítica implica juicios negativos que pertenecen a sentimientos de incapacidad para cumplir con expectativas propias o ajenas, mientras que la baja autoestima refleja una visión negativa global del yo (Sheehan & Herman, 2015).

Se ha sugerido que la baja autoestima puede surgir de la autocrítica negativa. De esta forma una autoevaluación negativa perpetúa una afectación entre el yo ideal y el yo real para los individuos que tienen una visión fatalista de sí mismos. A su vez, la baja autoestima se puede traducir en una búsqueda desesperada de logros a veces inalcanzables (p.ej., sobrecontrol en la alimentación, la figura y el peso) (Sheehan y Herman, 2015).

Dado lo anterior, los individuos con TpA son más propensos a experimentar afecto negativo y carecen de la capacidad para identificar y tratar eficazmente las emociones negativas, una posible interpretación de esto podría ser que estos individuos tienen una gran cantidad de pensamientos

automáticos y distorsiones negativas de si mismos y de lo que les rodea. Se ha señalado que el contenido de pensamiento de estas personas podría ser realmente temático o similar en la mayoría de los pacientes relacionado con la comida y el contexto que les rodea (Dingenmans, 2017).

De esta forma, la teoría de la evitación cognitiva propone que comer en exceso sirve como método para que limiten los pensamientos negativos. A su vez, esto reduce las emociones negativas (Rosenbaum & White, 2015). Además, se ha sugerido que el atracón funciona como una estrategia de reducción de la ansiedad. Por lo que, la complejidad de los estímulos se minimiza, y los pensamientos se limitan a procesar las experiencias concretas del atracón, por ejemplo, saborear y masticar en lugar de dar pie a conceptos y creencias más abstractas, p.ej., el autoconcepto (Kittel et al., 2015)

Por otro lado, como ya se señaló los individuos con TpA presentan una distorsión de su peso, figura e imagen corporal; en especial pueden tanto sentirse obesos como verse “gordos” un error cognitivo o distorsión de razonamiento emocional, en el cual los individuos pueden sentir algo y considerarlo como un hecho. Para alguien con TpA que presenta sobrepeso u obesidad, la distinción entre el pensamiento y la emoción es importante y debe hacerse de tal forma que la grasa no sea en realidad una emoción, sino que sea una cognición ("Me siento gordo debido a que... y por tal motivo me siento mal"), de modo que, la persona detecte que esto que ha sido provocado, tal vez, por otra emoción negativa como la tristeza o la ansiedad o quizás por sensaciones corporales desagradables como sudoración, frotación de los muslos, sentirse incómodo con la ropa ajustada (Byrne et al., 2011).

Relaciones interpersonales

Los problemas interpersonales y el afecto negativo pueden estar asociados con un mayor riesgo de comer en exceso. El modelo interpersonal de los episodios por atracón, originalmente desarrollado para la depresión, sugiere que los problemas sociales y de comunicación afectan negativamente las emociones y puede resultar en atracones alimentarios (Ivanova et al; 2015) de esta manera, como resultado de una menor capacidad para sortear las relaciones interpersonales, las personas con TpA pueden aprender que comiendo en exceso hacen frente a la angustia interpersonal o evitan emociones desagradables (Munsch et al., 2021).

Diferentes investigaciones (Ansell et al., 2012; Constantino & Smith-Hansen, 2008) han sugerido que las personas con TpA suelen tener relaciones interpersonales problemáticas. En este

sentido, presentan, mayor hostilidad y angustia interpersonal peores habilidades para resolución de problemas y niveles más altos en interacciones negativas maritales (Whisman et al., 2012). Las mujeres con TpA tienen poca capacidad para expresar sus sentimientos, y menor capacidad para tratar con extraños y comprender la perspectiva de los demás (Duchesne et al., 2012).

En este sentido Blomquist & Grilo (2015) encontraron que el inicio de los episodios de atracón se ha relacionado con varios aspectos interpersonales: elevación de la angustia, rigidez interpersonal y sumisión extrema o dominancia. Estos hallazgos sugieren que las personas que tienen más problemas con la flexibilidad interpersonal pueden ser más propensas a desarrollar una alimentación impulsiva a una edad más temprana. Además, pueden relacionarse con los demás a través de un estilo cuadrado y poco asertivo (Blomquist & Grilo, 2015). Esto parece ser particularmente cierto sobre todo para la resolución de problemas debido a que estos individuos suelen mostrarse demasiado dominantes o sumisos. Según el estudio de Brugnera (2018) los pacientes con TpA, en sus relaciones interpersonales tienen una mezcla de sobredimensionamiento y explotabilidad, esto caracterizado por un exceso de sumisión amistosa, dificultades en sentir y expresar su enojo, además de que intentan complacer a otros y ganar su aprobación a través de comportamientos inadecuados.

Sistema familiar

Las experiencias tempranas negativas son un factor de riesgo para el TpA. Caslini et al. (2016) y Fairburn et al. (2003) encontraron que las mujeres con TpA tuvieron mayor exposición a experiencias infantiles adversas (p.ej., crítica de los padres, intimidación entre compañeros, abuso sexual o físico, críticas sobre el peso, imagen corporal o la forma de comer) que las mujeres sin trastornos alimentarios. Otro estudio identificó el abuso sexual como un factor de riesgo para TpA (Stice et al., 2017).

Por otro lado, varios estudios (Hilbert et al., 2014; Vall et al., 2015) han examinado los factores familiares asociados con el desarrollo del TpA. Se ha encontrado que los trastornos mentales maternos incluyendo ansiedad y síntomas depresivos, predijeron significativamente el desarrollo de atracones en una gran muestra de una comunidad de adultos que participaron en un estudio. Además, un historial familiar de desregulación emocional y de abuso uso de sustancias se asoció con una edad más joven de inicio del trastorno (Blomquist & Grilo, 2015).

Conducta alimentaria

Se han descrito tres estilos de alimentación diferentes, basados en tres teorías psicológicas identificadas durante las últimas décadas: 1) Alimentación emocional. La teoría psicósomática sobre la alimentación emocional asume que algunas personas no pueden distinguir el hambre de otra excitación corporal (por ejemplo, emociones) (Bruch, 1961). 2) Alimentación externa. La teoría de la externalidad sugiere que la exposición a la comida atractiva y los estímulos externos relacionados con la comida desencadenan la alimentación (Schachter, 1964). 3) Alimentación restrictiva. La teoría restringida asume que las personas con sobrepeso y obesidad son personas que hacen dieta restrictiva y que constantemente tratan de regular su alimentación. Sin embargo, en algún momento este control se rompe debido a la "confusión emocional", y comienzan a comer en exceso de nuevo (Herman y Mack, 1975).

Dado lo anterior, la alimentación emocional, caracteriza a las personas con TpA. Estos individuos no comen en respuesta a señales internas, esto es, sensaciones de hambre y saciedad, sino en respuesta a sus estados de excitación emocional, incluidos el enojo, el miedo y la ansiedad. Se ha sugerido que los comedores emocionales carecen de conciencia introspectiva, lo que significa que no pueden evaluar los mecanismos de control del apetito y habilidades de afrontamiento (Hilbert et al; 2020).

Por otro lado, la alimentación externa que también caracteriza a pacientes con TpA, es un factor crítico que puede llevar al desarrollo y mantenimiento del TpA (Paans et al; 2019). Las investigaciones han encontrado que la alimentación emocional y externa a menudo ocurren juntas, con una tendencia a participar en ambos tipos de comer en exceso y que están vinculadas a mayores posibilidades de obesidad (Hilbert et al; 2020). Por último, es importante destacar que la alimentación restrictiva es una característica del TpA que además mantiene el ciclo de atracones-restricción en estos pacientes (Brechan & Kvaem, 2015; Goldschmidt et al., 2014).

Dieta restrictiva

Se ha especulado que la predisposición a la obesidad podría determinar las conductas de dieta que iniciarían el círculo de dieta-atracones, pero esto sólo sería válido para el grupo de pacientes con TpA en los que la dieta precede al desarrollo del cuadro (Burton & Abbott, 2019). Es evidente que factores conductuales como las preferencias dietéticas y la compensación calórica tras la restricción

pueden tener una base genética que interaccionando con factores ambientales determinaría patrones de ingestión. De acuerdo con Fairburn & Cooper (2011), existe un círculo vicioso entre el atracón y la dieta restrictiva; ya que el atracón es una respuesta ocasionada por la restricción alimentaria, pero al mismo tiempo es un antecedente de ésta. Además, se han identificado tres tipos de dietas en los pacientes con esta clase de trastorno alimentario:

- Evitar comer: algunas personas no comen nada en los períodos comprendidos entre episodios de atracones alimentarios.
- Restringir la cantidad de comida: se intenta comer por debajo de un límite concreto de calorías.
- Evitar cierto tipo de comida: las personas que sufren atracones pueden evitar ciertas comidas porque consideran que engordan o porque consumirlas ha disparado sus atracones en el pasado.

Por lo anterior, la dieta restrictiva es importante en el desencadenamiento del atracón alimentario, y es necesario considerar qué sucede primero si el atracón antecede a la dieta o viceversa. De acuerdo con diversas investigaciones (Lebow et al; 2015., Linardon et al; 2019) se ha propuesto lo siguiente:

- De un 21 a 65% inician primero la dieta y después el atracón.
- De un 15.8 a 65% de los pacientes con TpA reportan iniciar atracón antes que la dieta.
- De un 10 a 15% comienzan el atracón y la dieta simultáneamente.

La teoría de la restricción dietética señala que las personas que restringen voluntariamente la ingestión para controlar el peso tenderán a la sobreingestión cuando rompan tal restricción. Sin embargo, así como en la BN la restricción dietética casi invariablemente precede al atracón, no obstante, en los pacientes con obesidad y TpA la relación está mucho menos definida, ya que aproximadamente el 40% de estos pacientes informan que el cuadro se inició con sobreingestas, y que probablemente la restricción sólo es frecuente en las formas de inicio tardío (Velázquez et al., 2018).

Una dieta restrictiva, tanto en hombres como en mujeres, es más común. en: 1) aquellas personas con obesidad que desean perder peso por razones de apariencia en contraposición a los que desean perder peso por razones de salud (Reas & Grilo, 2007); 2) en personas con obesidad con TpA que asisten a grupos de apoyo para perder peso (Colles et al., 2008); 3) en aquellas personas que han

hecho una dieta restrictiva antes de tener sobrepeso en comparación con los que tienen sobrepeso actualmente; y 4) en las personas que son obesos a una edad más temprana (Oliveira et al., 2021).

Respecto al comportamiento alimentario asociado al TpA hay varias características clínicamente relevantes. La dieta es el aspecto más comúnmente evaluado, aunque se ha demostrado que solo el 29.8% de los hombres siguen una dieta restrictiva o lo hacen con menos frecuencia en comparación con las mujeres (57.3%), ya que para los hombres no es una estrategia de pérdida de peso (Brown et al., 2018).

Otra variable que se conjuga en el inicio de la dieta y el atracón es la obesidad; la relación entre obesidad, dieta y atracón alimentario se puede explicar a través de tres vías; 1) parece ser que dada la ingestión de grandes cantidades de alimento, el sujeto tiene una ganancia de peso u obesidad, 2) la persona tiene obesidad por factores de índole genético, de ahí que empiece a seguir una dieta con la finalidad de baja de peso, lo cual desencadena los episodios de atracón alimentario y 3) si bien la obesidad puede preceder al atracón alimentario, ésta puede mantenerse o empeorarse con los atracones alimentarios que ponen en marcha o acción un círculo (Blume et al., 2019).

Asimismo, los estudios clínicos que han comparado pacientes con obesidad y TpA con diferentes patrones de secuencialidad (dieta-atracón; atracón-dieta), han señalado que los pacientes que inician con atracones presentan sobrepeso a edad más temprana y se sienten significativamente más afectados por comentarios negativos por su peso y figura corporal, por lo que esto es un factor de riesgo para el desarrollo del TpA (Nicoli & Junior, 2011).

Cambios en el peso corporal

Se ha señalado que el 62% de los pacientes con TpA reportan historia de fluctuaciones del peso en contraste con el 36% de pacientes sin TpA. Además, se ha observado que personas con altas oscilaciones del peso exhiben más desinhibición alimentaria (Pacanowski et al; 2018).

Marchesini et al. (2004) han reportado que el atracón se asocia con una alta frecuencia de dietas y con los ciclos de pérdida y ganancia de peso. Además, se ha argumentado que una historia de fluctuaciones del peso y los intentos de reducción de peso son predictores del TpA en pacientes con IMC mayor a 35 kg/m² (López-Aguilar et al., 2010).

Imagen corporal

Las personas con TpA que tienen una sobrevaloración de su peso o forma tienen mayor severidad del trastorno alimentario y baja autoestima, en comparación con las personas que no reportan sobrevaloración (Panattieri, 2020). La sobrevaloración de la imagen corporal ha sido cada vez más objeto de estudio y de investigación, además, se ha señalado consistentemente una mayor gravedad en trastorno alimentario (Grilo et al., 2012). Esto sugiere que la sobrevaloración no es simplemente un producto de ganancia de peso excesiva o mayor frecuencia de atracones, sino que implica una mayor psicopatología cognitiva (Grilo et al., 2013).

De igual manera, se ha encontrado que la sobrevaloración es un predictor de un mayor deterioro de la calidad de vida (Harrison et al., 2015) y de menores resultados en tratamientos clínicos (Wang et al., 2019). Además, se ha encontrado que en pacientes con TpA una pobre percepción de la imagen corporal se asocia con sentimientos de vergüenza sobre sí mismos y una elevada preocupación por los comentarios negativos acerca de su figura corporal (Velázquez et al., 2018).

Actividad física en pacientes con TpA

Está bien documentado que la actividad física (AF) tiene muchos beneficios, además del control de peso en individuos con obesidad (Goodpaster et al., 2010). Sin embargo, se sabe poco sobre la relación de AF en personas con TpA (Vancampfort, et al., 2014).

Los pacientes con obesidad tienen altos niveles de inactividad física y los pocos estudios disponibles de pacientes con TpA han sugerido que también son bastante sedentarios (Crandall, et al., 2011; Vancampfort et al., 2014; Vancampfort, et al., 2014). Un estudio encontró que las personas con obesidad y TpA que buscaban tratamiento se ejercitaban un 15% menos que sus controles con un IMC equivalente (Vancampfort, et al., 2014), y otro estudio con una muestra comunitaria informó tasas reducidas de AF en individuos con TpA en comparación con quienes no padecían el trastorno (Crandall et al., 2011).

En este sentido, a pesar de las muchas ventajas conocidas de la AF para estos pacientes, es notoriamente difícil aumentar las tasas, incluso en comparación con las personas con obesidad sin TpA (Vancampfort et al., 2014). Un desafío es que la mayoría de los estudios han encontrado que las tasas de referencia de AF autoinformada en TpA son bajas, incluso en comparación con las

poblaciones obesas en general (Udo & Grilo, 2018). Además, las intervenciones diseñadas para aumentar la AF en individuos con TpA han dado lugar a aumentos muy bajos en la AF y el grado en que se mantienen los incrementos son pequeños y en el seguimiento a largo plazo se desconoce (Blanchet et al., 2018). Un solo estudio, que utilizó medidas objetivas de AF dentro de una muestra de búsqueda de tratamiento, encontró que las personas con TpA tenían niveles más altos de episodios continuos de AF de moderada a vigorosa en comparación con un estudio de cohorte nacional en Noruega (Mathisen et al., 2018).

Una forma de mejorar las intervenciones de AF para las personas con TpA es comprender su función para estos pacientes. Una revisión sistemática realizada en 2014 encontró que la actitud corporal negativa se asoció con tasas bajas de AF, y que las expectativas de los roles sociales (por ejemplo, el matrimonio) y el acceso a instalaciones convenientes fueron factores que contribuyeron a la baja participación de AF. Desde esta revisión, los estudios han encontrado que factores como la mala salud física y la baja competencia física percibida se asocian con tasas más bajas de AF en personas con TpA (Carr et al., 2019).

Aunque los factores descritos anteriormente pueden comenzar a proporcionar una dirección para el desarrollo de futuras intervenciones psicológicas que tengan componentes con AF y que puede apuntar a las barreras que experimentan las personas con TpA. Se han identificado dos limitaciones clave en la literatura existente. En primer lugar, todos menos uno de los estudios existentes de AF en personas con el trastorno se han basado completamente en medidas de autoinforme, que se sabe pueden ser muy inexactas. Para caracterizar mejor las tasas de AF en TpA, son necesarios estudios que utilicen medidas objetivas de AF (por ejemplo, sensores portátiles) (Wons et al., 2021).

En segundo lugar, no se ha prestado suficiente atención al papel que desempeñan las preocupaciones sobre la forma y el peso corporal elevados en la motivación de la AF y si esto contribuye a conductas de ejercicio desadaptativas (Wons et al., 2021). Dado lo anterior, las intervenciones centradas en aumentar la AF han mostrado mejoras igualmente prometedoras para el peso y la psicopatología alimentaria, aunque la investigación existente es mínima. Por lo tanto, si bien parece haber efectos positivos para los tratamientos que incluyen recomendaciones de AF, la investigación aún tiene que establecer una asociación entre ésta y el TpA fuera del contexto de una intervención que prescriba únicamente AF y se apoye del tratamiento psicológico y nutricional.

Diferencias entre hombres y mujeres con TpA

En los escasos estudios realizados con respecto a las diferencias por el sexo en el TpA, se han descrito tasas semejantes en hombres y mujeres (Guerdjikova et al., 2017). No obstante, Torun et al. (2022) encuentran mayor frecuencia de atracón en las mujeres, al igual que se ha encontrado en muestras de pacientes en programas de pérdida de control y criterios completos de TpA (Kessler, 2013). Aunque el TpA en hombres como diagnóstico completo no suele ser común en población no clínica, los síndromes parciales de TpA son bastante más comunes en ellos (Velázquez et al., 2018). Con respecto a la preocupación por el cuerpo y silueta, las conductas restrictivas, y el distrés psicológico, no se aprecian diferencias significativas en hombres y mujeres con TPA. La única diferencia destacable es el mayor abuso de sustancias en hombres (Guerdjikova et al., 2017).

Parece que la orientación sexual podría jugar un papel clave en el uso de sustancias, ya que se encontró que los hombres homosexuales y bisexuales con TpA parecen ser más propensos a tener esta comorbilidad, particularmente el abuso de alcohol y drogas. Sin embargo, la evidencia es aún escasa ya que solo un artículo incluyó la orientación sexual como variable de análisis y no se realizaron comparaciones con hombres heterosexuales (Feldman & Meyer, 2010).

Los pocos estudios que han examinado las diferencias de sexo en el resultado del tratamiento de TpA no han encontrado diferencias significativas (Guerdjikova et al., 2007; Munsch et al., 2007; Ricca et al., 2010). Un estudio reciente agregó datos de 11 estudios de tratamiento psicosocial y examinaron las diferencias entre 208 hombres y 1117 mujeres. Los síntomas basales fueron evaluados a través de las versiones de entrevista y cuestionario del EDE. Se encontraron niveles similares de restricción dietética y frecuencia de episodios de atracones en la línea de base tanto en hombres como en mujeres (Shingleton et al., 2015). Los hombres informaron de forma significativamente menor, el peso y problemas de alimentación.

Después del tratamiento, hombres y mujeres no difirieron significativamente en el número de episodios de atracones en los últimos 28 días, remisión de atracones o abandono prematuro del estudio (Shingleton et al., 2015).

De manera similar, en la revisión de nueve ensayos aleatorios y dos ensayos abiertos que examinaron diversos medicamentos para el TpA de los 88 participantes que recibieron un antidepresivo, el 66% de las mujeres y el 88% de los hombres respondieron. De los 80 participantes que recibieron un medicamento antiepiléptico, el 74% de las mujeres y el 80% de los hombres

respondieron sin ninguna respuesta significativa diferencias entre los dos sexos (Guerdjikova et al., 2007). En resumen, los datos disponibles sugieren que las mujeres y los hombres con TpA son más similares que diferentes en su presentación y respuesta a tratamientos psicológicos y farmacológicos.

Curso y pronóstico del trastorno

El TpA implica un deterioro en la calidad y satisfacción de la vida, así como problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios (Mason et al., 2017).

Las personas que buscan tratamiento tienen, por lo general, mayor edad que las personas con BN o AN. Las y los pacientes con TpA informan de una larga historia de sobreingesta, con un aumento de la frecuencia de los atracones en momentos de estrés (Kober & Boswell, 2018).

Asimismo, inicialmente se consideró que el TpA tenía su inicio en la edad adulta, pero estudios recientes (Citrome, 2019; Guerdjikova et al., 2017) sugieren una menor edad de inicio de la que se había supuesto previamente (Kupfer, Kuhl & Regier, 2013). De hecho, están surgiendo algunas evidencias de que el trastorno ocurre en la adolescencia y la infancia (Kupfer et al., 2013). De esta forma, un inicio más temprano de atracones parece predecir un peor resultado y requerir intervenciones más complejas (McElroy et al., 2015). Aunque todavía hay un amplio debate sobre la estabilidad clínica de un diagnóstico, los datos parecen mostrar que este trastorno es estable (Erskine, & Whiteford, 2018; Hay, 2020).

En cuanto al mantenimiento, diferentes alteraciones emocionales, cognitivas y sociales son factores que pueden hacer más prolongado el trastorno. De acuerdo con el modelo de regulación afectiva, se ha confirmado que el atracón es precedido por un afecto negativo (Nicholls et al., 2016).

Sin embargo, no hay una clara evidencia si de verdad el atracón reduce emociones negativas. Los episodios ocurren en un contexto general de una conciencia emocional reducida y dificultades en la regulación emocional (Dingemans et al., 2017; Kittel et al., 2015).

Comorbilidades

El TpA presenta comorbilidades con el trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, y con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Es necesario

señalar que la comorbilidad psiquiátrica está relacionada con la gravedad del trastorno y no con el grado de obesidad (Jowik et al., 2020).

La sintomatología depresiva puede hacer que las personas sean más vulnerables a las recaídas de la psicopatología alimentaria, ya que los atracones pueden utilizarse como un medio para regular el afecto. Las elevaciones de los síntomas depresivos son comunes entre estos pacientes (Q da Luz et al., 2021). Además, se ha observado una asociación lineal entre los síntomas depresivos y la severidad del atracón (Carriere et al., 2019).

Por otra parte, el abuso de sustancias ocurre en el 2.7% de hombres y mujeres con TpA. En este sentido, el abuso de alcohol y drogas fueron las formas más comunes –1.5% y 1.2%, respectivamente– (Jowik et al., 2020). Además, se pueden presentar alteraciones del sueño, falta de concentración y anhedonia, por lo tanto, es necesario un diagnóstico cuidadoso de las comorbilidades que se presenten y tratarlas en conjunto con el trastorno (Gianini et al., 2013).

Por otro lado, la obesidad y sus complicaciones se encuentran entre las comorbilidades médicas más comúnmente asociadas con el TpA. Evidencia creciente sugiere que el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollo de ciertos componentes del síndrome metabólico, tales como diabetes, hipertensión y dislipidemias, síndrome de ovario poliquístico, más allá del riesgo atribuible únicamente a la obesidad (Citrome, 2019). Otros trastornos médicos asociados incluyen dolores crónicos, fibromialgia y síndrome del intestino irritable. Además, datos preliminares indican que el sistema cardiovascular, el sistema reproductor y las respuestas neurológicas al estrés también podría verse afectada en estos pacientes (Hilbert, 2019).

De esta forma, este trastorno con frecuencia es comórbido con otras condiciones psiquiátricas y médicas que es crucial atender. Las personas con un trastorno del estado de ánimo y un TpA concurrente, comúnmente se presentan con problemas multidimensionales que no se pueden tratar con una sola intervención, por lo que, beneficiarse de un equipo de salud podría optimizar resultados. Idealmente, un equipo de profesionales, incluido un psicólogo, psiquiatra, un nutriólogo, son necesarios para brindar apoyo a los pacientes y sus familias.

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL TPA

Las primeras investigaciones acerca del tratamiento de este trastorno estuvieron erróneamente formuladas debido a que venían del campo de la obesidad y se centraban en la pérdida de peso con dietas alimentarias de muy pocas calorías, además, desde la perspectiva psicológica, los tratamientos que empezaron a desarrollarse fueron formulados a partir de la BN, no obstante, poco a poco se comenzó a crear intervenciones específicas para este trastorno (Hay, 2013).

Tratamientos psicológicos en línea

Como resultado de la actual pandemia por COVID-19, gran parte de los tratamientos de salud mental, incluidos los programas de trastornos alimentarios, han migrado a plataformas virtuales de salud. La transición a la virtualidad ha arrojado resultados mixtos. Mientras que el tratamiento presencial se ha demostrado que disminuye en un 37% la sintomatología alimentaria, la teleterapia ha ayudado en un 26% de los pacientes encuestados de un estudio (Schlegl et al., 2020).

En este sentido, la telemedicina se ha destacado como el plan idóneo en esta reestructuración y cambios ante la actual crisis sanitaria. Los aportes de esta herramienta han sido muchos sobre todo por la disminución de los costos, las opciones de seguridad en las videoconferencias y también el fácil acceso que se tiene a internet actualmente (Nelson et al., 2017; Waller et al., 2020).

De esta manera los profesionales de la salud mental lo han visto como una opción eficaz para dar continuidad a los tratamientos psicológicos. En esta modalidad es necesaria la motivación y el involucramiento de todos los participantes y que exista un ambiente de colaboración conjunto. En cuanto a los enfoques psicológicos relacionados con el TPA a continuación se abordarán cada uno de ellos.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

La TCC es una psicoterapia que se enfoca en identificar las relaciones entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, y tiene como objetivo cambiar los pensamientos negativos sobre

uno mismo y el mundo y, al hacerlo, reducir las emociones negativas y los patrones de comportamiento indeseables. La TCC puede desarrollarse a través de varios formatos. Algunos de ellos son: los dirigidos por terapeutas, los parcialmente dirigidos y las estrategias de autoayuda (Kunas et al., 2021).

La TCC para el TpA se basa en el modelo de la restricción de la alimentación. Este modelo postula que la psicopatología alimentaria y las preocupaciones sobre la imagen corporal y el peso resultan en una restricción extrema. Esto promueve un patrón disfuncional de restricción excesiva o insuficiente, en el cual los pacientes alternan entre la restricción dietética y los episodios de atracón. El objetivo de la TCC es promover patrones de alimentación más saludables y estructurados (por ejemplo, comidas y refrigerios regulares), disminuir las preocupaciones por la imagen corporal y el peso, y alentar el uso de conductas saludables para controlar el peso (Regan et al., 2017).

La TCC es el tratamiento *gold estándar* para el TpA ya que se ha demostrado que reduce la frecuencia de atracones, conduce a una leve reducción de peso (Linardon, 2018), y provocan abstinencia completa en 50% -60% de los pacientes postratamiento (Lewer et al., 2017; McElroy et al., 2015). Por otro lado, un metaanálisis mostró que esta psicoterapia, tiene efectos significativos sobre la remisión de atracones en comparación con los grupos de control en el postratamiento. Además, reduce significativamente la psicopatología alimentaria, no obstante los efectos sobre la depresión fueron inconsistentes (Hilbert, 2019).

En general, la investigación ha demostrado que los formatos individuales y grupales de la TCC se asocian con tasas de abstinencia significativamente más altas en comparación con grupos control (Kober et al., 2018; Linardon, 2018; McElroy et al 2015; Coffino et al., 2019) y otros tratamientos (Kunas et al., 2021), tanto en formatos individuales como grupales, ambos formatos de terapia producen resultados similares a largo plazo (Ricca et al., 2010)

Terapia Interpersonal (IPT)

La IPT fue adaptada para los trastornos alimentarios a partir de los modelos de teorías interpersonales para la depresión. De esta manera, se llegó a elaborar el modelo interpersonal del atracón, el cual propone que los problemas interpersonales causan baja autoestima, disforia y otros estados de ánimo, que conducen a sobreingestas y a síntomas de conductas compensatorias alimentarias como medios de afrontamiento a diversos problemas (Karam et al., 2019). Esta terapia

es un tratamiento focalizado a corto plazo que relaciona los síntomas conductuales con los interpersonales. Generalmente dura de 6 a 20 sesiones. Está caracterizada por tres fases: 1. Fase inicial, 2. fase intermedia, 3. Fase de terminación; cada una de éstas tiene tareas y estrategias, las cuales tienen el objetivo de identificar y resolver un área específica del problema interpersonal, como los roles interpersonales del paciente, las transiciones de roles y/o los déficits interpersonales (Costa & Melnik, 2016).

Esta psicoterapia se ha aplicado al tratamiento del TpA con base a un sólido cuerpo de evidencia que demuestra una relación consistente entre un pobre funcionamiento interpersonal y los TCAIA (Ansell et al., 2012; Linardon et al., 2019, Munsch et al., 2021). La IPT ayuda a las personas a reconocer y expresar sus emociones para que puedan manejar mejor los sentimientos negativos sin recurrir a la comida. También busca reducir la patología del atracón al apoyar el desarrollo de habilidades saludables que puedan reemplazar los comportamientos desadaptativos y promover una autoimagen positiva (Rieger et al., 2010; Wolfe et al., 2009).

La IPT ha sido aplicado al tratamiento de la pérdida de control de la alimentación en adolescentes, y ha demostrado mayor eficacia que un programa de educación sanitaria (Tanofsky-Kraff et al., 2010). En un ensayo controlado aleatorizado importante que comparó 20 sesiones de TCC grupal y 20 sesiones de IPT grupal en 162 pacientes con TpA, las tasas de recuperación por atracones (definido como tener ningún episodio de atracones en el último mes) fueron similares para los 2 grupos en el postratamiento (79% y 73%, respectivamente) y al año de seguimiento (59% y 62%, respectivamente). El peso de los pacientes disminuyó ligeramente pero significativamente; la mayor reducción se produjo en los pacientes al mantener la recuperación desde el postratamiento hasta el seguimiento de 1 año. Se hizo un seguimiento de 4 años. El IMC se mantuvo estable durante ese periodo, lo que sugiere que, si bien ni IPT ni la TCC causan una pérdida de peso clínicamente significativa, pueden prevenir mayor un aumento de peso (Hilbert et al., 2014).

Terapia Dialéctica Conductual

Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un tratamiento de tipo Cognitivo-Conductual desarrollado originalmente para mujeres con trastorno límite de personalidad. La TDC se basa en una visión biopsicosocial que enfatiza una interacción entre la predisposición del individuo hacia emociones negativas y un entorno que invalida la experiencia privada del individuo. Esta

combinación puede escalar en comportamientos extremos, como intentos que la persona hace para recibir la validación de otras personas significativas que, a su vez, suelen responder a la persona de manera punitiva (Robinson et al., 2015).

El tratamiento es dialéctico en su conceptualización en el proceso de cambio continuo entre posiciones alternativas e incluso contradictorias. El principio dialéctico primario dentro de la TDC es aquel entre la aceptación y el cambio. Las estrategias de aceptación están estrechamente alineadas con la noción de respeto positivo en la terapia centrada en el cliente, mientras que las estrategias de cambio son muy similares a las de las terapias cognitivas conductuales tradicionales en las que el objetivo terapéutico es el cambio directo de pensamientos y conducta manifiesta (Safer & Jo, 2010).

La TDC estándar incluye habilidades multimodales, que equilibra las estrategias conductuales con estrategias basadas en la aceptación del presente y se dirige a las conductas que amenazan la calidad de la vida. Además, incluye entrenamientos grupales, psicoterapia individual, un equipo de consulta con terapeuta y acceso a entrenamiento telefónico las 24 horas. La terapia se realiza en cuatro módulos. En el 1, el objetivo es que el cliente obtenga capacidades básicas, como disminuir las conductas suicidas y otras que interfieren con la vida (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, falta de vivienda) y aumentar las habilidades de comportamiento, como la conciencia plena, la eficacia interpersonal, la regulación emocional, tolerancia a la angustia y autogestión. El 2, se centra en los problemas emocionales y el trabajo de estos. El 3, el enfoque terapéutico se mueve hacia la adquisición de habilidades para la vida en áreas como el empleo, la educación y las relaciones interpersonales. Finalmente, el 4 se enfoca en el valor y la aceptación de las luchas personales como un componente inevitable de la naturaleza humana. El enfoque terapéutico en esta etapa final es mejorar las habilidades de la vida con alegría, al tiempo que se reconocen las dificultades de la vida (Robinson et al., 2015).

Este tipo de terapia se empezó a adaptar para personas con BN o TpA en la Universidad de Stanford utilizando un formato grupal para TpA y un formato individual para BN. El contenido de estas sesiones implicó la integración de los análisis de cadena (análisis de comportamiento originalmente solicitados solo individualmente en TDC estándar), y solamente se incluyeron tres de los cuatro módulos de entrenamiento de habilidades de la TDC estándar (atención plena, regulación emocional y tolerancia a la angustia). El de relaciones interpersonales se omitió en el estudio de TDC

para TpA para evitar la superposición con IPT y para disminuir la duración del tratamiento (Carter et al., 2020).

Esta modificación de TDC específicamente para TpA se basó en el modelo de regulación afectiva del atracón que sostiene que la alimentación compulsiva ocurre en respuesta a experiencias emocionales intolerables cuando no se puede acceder a mecanismos más adaptables. Tener un atracón es proporcionar un alivio temporal del afecto negativo, reforzándolo. Este modelo de atracones ha sido el foco de una investigación considerable y ha despertado interés en el uso de TDC como tratamiento para el TPA (Iacovino et al., 2012).

Los análisis completos de un gran estudio de TDC para TpA mostraron que el 89% de los participantes de TDC eran abstinentes después del tratamiento, en comparación con el 12,5% de los controles. Sin embargo, las tasas de abstinencia disminuyeron a 56% a los 6 meses de seguimiento y no se informaron las comparaciones con el grupo de control (Telch et al., 2001).

Un estudio comparó la TDC con la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC). TAC se diseñó para compartir factores terapéuticos con TDC (por ejemplo, alianza de terapeutas, optimismo terapéutico y expectativas de tratamiento), sin ninguno de los componentes específicos de TDC u otros tratamientos para TpA. Ambos, TDC y TAC tuvieron tasas de abstinencia comparables, tanto después del tratamiento (64% y 36% respectivamente) como a los 12 meses de seguimiento (64% y 56% respectivamente). La TDC se asoció con tasas de abandono significativamente más bajas que la de TAC, lo que sugiere que la TDC fue más aceptable para los participantes. Además, ciertas características de los participantes predijeron un mejor resultado para la TDC frente a TAC. Si bien estos hallazgos son prometedores, se deben realizar más investigaciones para examinar la eficacia y el éxito a largo plazo de la TDC en comparación con otros tratamientos especializados para el TpA (Safer & Jo, 2010).

Otro estudio brindó una versión de TDC de autoayuda guiada. En este estudio, aquellos que participaron en el tratamiento (n = 30) tuvieron significativamente menos episodios de atracones y puntajes más bajos en el *Eating Disorder Examination* que los participantes que fueron asignados a la lista de espera (n = 30). Estas mejoras se mantuvieron a los seis meses de seguimiento (Masson et al., 2013).

Recientemente, un estudio comparó la efectividad de autoayuda guiada por TDC con grupo control para pacientes con TpA. Los resultados mostraron que la tasa de finalización general fue del 65% después del tratamiento y del 63% a los 3 meses de seguimiento. Los análisis mostraron que los participantes tuvieron reducciones significativas en la frecuencia de atracones con grandes tamaños del efecto. Además, se observó reducciones notables en la psicopatología alimentaria y mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud (Carter et al., 2020).

Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva (TICAF)

La TICAF es una terapia relativamente nueva que está centrada en la emoción, además enfatiza la relación funcional entre los estados emocionales y el comportamiento bulímico, ha sido probada tanto en BN como en TpA. Aunque la TICAF destaca el desarrollo de habilidades de regulación emocional se basa en una relación psicoterapéutica colaborativa en la que el paciente y el terapeuta trabajan juntos para establecer objetivos y abordar la relación entre la experiencia emocional y la psicopatología alimentaria (Wonderlich, 2015).

Wonderlich et al. (2015) desarrollaron el tratamiento basándose en una exhaustiva revisión de la literatura de diferentes tratamientos y en su experiencia clínica, de tal forma que consideraron los constructos individuales diferentes entre los pacientes como la autoevaluación negativa y factores de relaciones interpersonales en el inicio y/o mantenimiento de la psicopatología alimentaria. Se comenzó a reconocer la trayectoria de los estados emocionales negativos que conducían al comportamiento bulímico, y que se podría cambiar la probabilidad de episodios de atracón a través de la identificación de las emociones. Como resultado, el desarrollo del tratamiento dio un giro hacia el papel de la emoción en el tratamiento.

El énfasis en las emociones parecía ser significativo en los resultados al trabajar con los pacientes, por lo que fue importante identificar situaciones que provocaron fuertes emociones. La combinación de un enfoque emocional y el marco temporal momentáneo pareció aportar una intensidad y relevancia a la terapia. Desde su inicio, ésta terapia se ha orientado hacia la idea de que las personas con BN y TpA tienen dificultades para inhibir los comportamientos impulsivos. Sin embargo, una forma particular de impulsividad, la urgencia negativa, tuvo un impacto significativo reciente sobre el tratamiento. La urgencia negativa se refiere a una propensión a actuar precipitadamente en las experiencias negativas (Cyders & Smith, 2008; Wonderlich et al., 2008).

El concepto de urgencia negativa, que integra la regulación de las emociones y la acción impulsiva, se ajusta perfectamente al ICAT-BN; así mismo, ayuda a identificar un elemento adicional que debía incluirse en la intervención, a saber, ayudar a las personas con BN a desarrollar cierto grado de control y restricción sobre sus acciones impulsivas, en particular sus síntomas de trastorno alimentario (Wonderlich et al., 2014).

Esta terapia incluye una fase introductoria formal modelada a partir de técnicas de entrevistas motivacionales, y no utiliza técnicas formales de reestructuración cognitiva que se usan regularmente en la TCC. Además, las intervenciones cognitivas en la TICAF se centra explícitamente en las discrepancias personales percibidas del cliente. Este tratamiento, intenta obtener, etiquetar, y modificar experiencias emocionales, particularmente aquellas vinculadas a la auto-discrepancia y a las emociones negativas (Peterson et al., 2020).

Actualmente ésta terapia ofrece varios elementos de intervención clave para 1) mejorar la conciencia y la tolerancia de un individuo a la experiencia emocional; 2) formular un plan bien estructurado para modificar el comportamiento alimentario; 3) desarrollar habilidades para reducir la probabilidad de explotar conductas impulsivas (particularmente en el contexto de emociones negativas); y 4) identificar las señales de la experiencia emocional y modificar la fuente del aumento de las emociones negativas o la disminución de las emociones positivas en la vida del individuo.

Recientemente un estudio (n=112) comparó la TICAF con la TCC, en los resultados se encontró que no hubo diferencias significativas entre ambos tratamientos, incluida la frecuencia de atracones, regulación de las emociones, la autodiscrepancia cognitiva, así como en las medidas de psicopatología alimentaria, depresión, ansiedad e impulsividad. De tal manera que, se observó una mejora similar al final del tratamiento y en el seguimiento en ambos tipos de terapias (Peterson et al., 2020). Por lo que es importante continuar profundizando en la investigación de esta terapia en pacientes con TpA.

Otras terapias psicológicas

Se han estudiado tratamientos adicionales para el TpA, y pueden mejorar los resultados cuando se incluyen dentro de los programas de tratamiento especializado. Uno de ellos es el

Entrenamiento de Conciencia sobre el Apetito que ayuda a los episodios de atracón promoviendo el reconocimiento y respuesta a las señales internas de hambre y saciedad y se ha asociado con reducciones en la alimentación compulsiva (Iacovino et al., 2012).

Otra terapia que recientemente ha sido utilizada para el tratamiento del TpA y reducción de peso es el *Mindfulness* o Atención Plena, sin embargo, cabe resaltar que ésta es una técnica que puede ayudar más no reemplaza la terapia psicológica en la atención de los pacientes. Una revisión hecha por Katterman (2014) demostró que este tipo de intervención puede reducir los episodios por atracón y el comer emocional, pero, los resultados en cuanto a la reducción de peso fueron inconsistentes, por lo que se necesita más información en cuanto a contenidos, periodos de evaluación y resultados a largo plazo enfocados al trastorno (Katterman et al 2014).

Asimismo, añadir ejercicio y la terapia de realidad virtual han demostrado ser eficaces para mejorar la pérdida de peso e imagen corporal respectivamente (Mathisen et al., 2018). En resumen, las terapias complementarias para el TpA pueden obtener resultados de tratamiento más sólidos, pero esta posibilidad debe probarse en muestras grandes y diversas.

Tratamientos farmacológicos

En cuanto a la farmacoterapia para el TpA, la mayoría de los ensayos controlados aleatorizados (ECAS) han utilizado antidepresivos de segunda generación (por ejemplo, fluoxetina), mientras que otros ECAs han usado anticonvulsivos (por ejemplo, topiramato) y estimulantes del sistema nervioso central como lisdexamfetamina, que es el único medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos en 2015 para el tratamiento del TpA (McElroy et al., 2015).

Según diversos metaanálisis (McElroy et al., 2015) la farmacoterapia con estos medicamentos superó al placebo en la mayoría de los ensayos experimentales mostrando efectos significativos en episodios de atracones y su remisión. Un efecto significativo de pérdida de peso se demostró especialmente para la lisdexamfetamina mientras que los resultados en la psicopatología alimentaria y la depresión fueron inconsistentes. Faltan datos a largo plazo del mantenimiento de los efectos de los medicamentos.

Dado lo anterior, la tasa de incidencia de eventos adversos y las probabilidades relacionadas de interrupción prematura aumentan significativamente en la aplicación de los fármacos, lo que requiere una cuidadosa consideración para el tratamiento del TpA. Es importante notar que, la lisdexamfetamina se comercializa con un uso limitado (McElroy et al., 2015).

Resultados de estudios de antidepresivos en combinación con tratamientos psicológicos son mixtos. La fluoxetina no mejoró la TCC para reducir el atracón o la pérdida de peso en 2 estudios (Devlin et al., 2005, 2007; Grilo & Masheb, 2005). Sin embargo, en otra investigación la adición de dosis bajas de imipramina para el asesoramiento dietético y psicológico fue superior a la adición de placebo para perder peso en 31 personas con obesidad y TpA.

En cuanto a los medicamentos contra obesidad, cuatro medicamentos han sido evaluados en diferentes estudios: 1) el agente liberador de serotonina d-fenfluramina; 2) el inhibidor de lipasa u orlistat; 3) el antagonista selectivo del receptor canibinoide subtipo 1 o rimonabant; y 4) la sibutramina SNRI. En estos estudios, la fenfluramina redujo los atracones pero no el peso corporal; El rimonabant disminuyó el peso corporal y la sintomatología global del TpA; y la sibutramina redujo la ingesta compulsiva, los síntomas depresivos y el peso corporal (Citrome, 2019). Sin embargo, estos 3 medicamentos han sido retirados del mercado por motivos de seguridad (eventos cardiovasculares para d-fenfluramina y sibutramina y eventos psiquiátricos adversos para rimonabant), y no serán discutidos en este capítulo.

Tres ECAs han evaluado orlistat en pacientes obesos con TpA, con resultados mixtos. En el primer estudio (N = 50), orlistat (120 mg TID) con TCC durante 12 semanas fue superior al placebo tanto para perder peso como en la remisión del atracón (Grilo & Masheb, 2005). En el segundo estudio (N = 89), de 24 semanas de orlistat (120 mg TID) más una dieta baja en calorías fue superior al placebo más la dieta baja en calorías (Golay et al., 2005). En el tercer estudio, de cuatro meses de orlistat. (120 mg TID) más terapia para pérdida de peso fue similar a los resultados del placebo para mejorar la alimentación compulsiva, la psicopatología alimentaria, el IMC y los síntomas depresivos en 79 pacientes obesos y 40 con TpA (Grilo & White, 2013).

Tratamientos médicos

Desde un enfoque estrictamente médico, la cirugía bariátrica también llamada “bypass gástrico”, es comúnmente utilizada por individuos con obesidad que tienen TpA (el 30% de los

individuos con obesidad que buscan cirugía bariátrica tienen criterios de TpA). Diferentes investigaciones (Sarwer, 2014; Dawes et al., 2016) destacan la importancia del tratamiento psicológico para TpA en individuos que se realizan una cirugía bariátrica, ya que los individuos con obesidad y TpA probablemente retendrán la psicopatología alimentaria después de la cirugía, y por lo tanto, tendrán pobres resultados, debido a que estas personas informan sentirse con pérdida de control al comer (Sarwer et al., 2019).

En este sentido, la relación entre la psicopatología preoperatoria y los resultados posoperatorios es interesante. Livhits et al. (2010) realizaron una revisión y concluyeron que la presencia de TpA y los trastornos de la personalidad son los factores psicosociales más fuertemente asociados con menor pérdida de peso posoperatoria. Además, un metaanálisis reciente de Dawes et al. (2016) concluyó que había evidencia contradictoria sobre la relación de psicopatología preoperatoria y pérdida de peso posoperatoria.

Un estudio reciente que evaluó cuidadosamente la presencia de TpA antes de la cirugía no encontró diferencias estadísticamente significativas en la pérdida de peso al final del primer año postoperatorio entre los que recibieron el diagnóstico antes de cirugía y los que no lo hicieron. Sin embargo, en el mes número 24, los participantes tratados quirúrgicamente sin diagnóstico de TpA perdieron el 23,9% del peso inicial, en comparación con el 18,6% de los que tenían TpA (Chao et al., 2016).

Dado lo anterior, un estudio llegó a la conclusión de que, si bien la cirugía bariátrica puede alterar la fisiología del cuerpo, afirman que los aspectos psicológicos de los atracones aún no está curados del todo (Niego et al., 2007), por lo que es importante que estos individuos reciban un tratamiento psicológico antes de la cirugía bariátrica.

Tratamientos nutricionales

La complejidad del TpA dicta que los tratamientos deben tener en cuenta tanto las cuestiones físicas como las psicológicas del trastorno. Instituir un régimen de dieta y actividad física en un enfoque puramente nutricional dejando de lado el problema de obesidad, que representa la principal preocupación del paciente, ha producido sólo resultados modestos a corto plazo (McMaster et al., 2021).

En cuanto a los tratamientos nutricionales se debe contemplar no solo el tratamiento nutricional individualizado que garantice un adecuado estado alimentario, sino que se debe buscar un tratamiento multidisciplinar en conjunto con psicólogos y médicos, proporcionando al paciente la información necesaria que le permita la modificación a largo plazo de los hábitos alimentarios y el cese de atracones. Existen particularidades en este plan nutricional, en este caso, se debe promover un peso saludable y situación nutricional adecuados (Mushquash & McMahan, 2015).

En el TpA se enfatiza la adecuada selección de alimentos, priorizando aquellos con menor densidad energética y que promuevan una mayor saciedad, además, sobre el control y el tamaño de las raciones. Asimismo, en el paciente con obesidad se fomenta los cambios de conductas a largo plazo, tendientes a favorecer el mantenimiento de un peso saludable a partir de la incorporación de elecciones más benéficas de alimentos, en relación con la adquisición de nuevos hábitos alimentarios y un patrón más saludable de actividad física (McMaster et al., 2021).

En muchos casos, la educación nutricional debe hacerse extensiva a las familias, ya que mejora la eficacia de las intervenciones educativas al facilitar la aplicación práctica y la adhesión de todos los miembros a los nuevos modelos conductuales propuestos (McMaster et al., 2021).

Tratamientos multidisciplinarios

La combinación de comorbilidades físicas y emocionales y la etiología multifactorial en el TpA sugiere la importancia de un enfoque multidisciplinario para la intervención del trastorno. Este enfoque debe incluir la parte psicológica, educación nutricional y AF. En el componente psicológico se motiva a los pacientes en la adherencia al tratamiento y se proporciona estrategias tales como automonitoreo durante la comida, establecimiento de objetivos realistas y alcanzables, reflexión sobre el origen de los atracones y el trastorno, así como estrategias y comportamientos alternativos durante situaciones emocionales críticas o estados de ánimo negativos (Cena et al., 2022).

La parte nutricional generalmente está diseñada para educar en hábitos alimentarios saludables y reestructurar el consumo, compra y organización de los alimentos. El componente de actividad física consiste en ejercicios simples como caminar o bailar con el fin de adherirla a la vida

diaria y que se pueda lograr un déficit de calorías particularmente útil para producir pérdida de peso y potenciar la masa muscular (Castelnuovo et al., 2017).

El tratamiento multidisciplinario debe incluir profesionales de la salud como dietistas, entrenadores físicos, médicos y psicólogos, capaces de ofrecer un asesoramiento que enriquezca la intervención (Moore et al., 2017). El trabajo en equipo permite la valoración de la evolución del paciente proporcionando estrategias integrales en el manejo del trastorno. Además, estos enfoques han demostrado ser eficaces reduciendo el índice de masa corporal (IMC) así como el riesgo de futuras comorbilidades médicas.

Goossens et al. (2011) encontraron una importante disminución de la sintomatología de atracón en adolescentes después de un tratamiento multidisciplinar, confirmando la importancia de su implementación en este tipo de psicopatologías. Moustafá et al. (2017) analizó el efecto de un tratamiento multidisciplinar en los episodios de atracón en jóvenes con obesidad. Los resultados generales mostraron una disminución significativa de los atracones después de las intervenciones. Además, medidas de referencia más altas de estas disminuciones parecieron prevenir con éxito la ganancia de peso

Una revisión sistemática (De Giuseppe et al., 2019) mostró que el enfoque multidisciplinar tuvo un impacto positivo en la alimentación, desinhibición del control y el comer emocional. De esta forma, diversos autores (Castelnuovo et al., 2017; Fairburn et al., 2003; Goossens et al., 2011) han aceptado que este tratamiento también podría influir en el comportamiento alimentario de los pacientes con obesidad y TpA ya que les ayuda a aprender diferentes estrategias ante una situación emocional y estímulos externos en lugar de usar el atracón como una medida de afrontamiento.

Hasta el momento, con la evidencia científica aportada, parece ser que el enfoque multidisciplinar es fundamental para proporcionar una atención adecuada a los pacientes con TpA (Moustafa et al., 2021). Aunque aún se necesita mayor investigación para llegar a conclusiones sobre la combinación del componente psicológico, la educación nutricional y el papel de ejercicio físico en el tratamiento del TpA, los resultados parecen ser prometedores ya que estos programas pueden proporcionar múltiples beneficios tanto a nivel físico como psicológico.

III. JUSTIFICACIÓN

El TpA es reconocido formalmente como un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos en el DSM-5 (APA, 2013). Esta psicopatología es la más frecuente de los trastornos alimentarios, sin embargo, es poco diagnosticada y tratada por lo se considera un problema grave de salud (Cuadro & Baile, 2015).

Las personas con este trastorno presentan consecuencias físicas, sociales y psicológicas, provocando a su vez, malas relaciones interpersonales, ansiedad, depresión y baja autoestima, debido a su poca regulación emocional y al rechazo por parte de la gente que los rodea. Los individuos generalmente buscan ayuda para controlar su obesidad, pero el trasfondo son los aspectos emocionales, de tal manera que, la mayoría de los tratamientos nutricionales fracasan.

Existen diversos tratamientos psicológicos para el TpA, no obstante, la mayor parte de ellos, se centran en la alimentación, dejando de lado la importancia que juegan las emociones. Se ha observado que al implementar una intervención multidisciplinar se tiene mayores beneficios a corto y largo plazo. Estos programas tienen cuatro componentes principales: terapia psicológica, recomendaciones nutricionales, actividad física y monitoreo médico (Castelnuovo et al., 2017; Costa & Melnik, 2016), por lo que son los más idóneos para tratar de forma integral esta psicopatología alimentaria.

Asimismo, la virtualidad se ha destacado como el plan idóneo sobre todo ante la actual pandemia por COVID-19. Sin embargo, recientemente se ha reportado que el tratamiento en línea en pacientes con trastornos alimentarios ha arrojado resultados mixtos. Mientras que las intervenciones presenciales disminuyen en un 37% la sintomatología alimentaria, la terapia en línea ha ayudado en un 26%, según un estudio (Schlegl et al., 2020). Dado lo anterior, es necesario seguir evaluando los aportes de los programas en línea en especial con pacientes con TpA. Con base a lo anterior se hace la siguiente pregunta de investigación **¿Qué efecto tiene una intervención multidisciplinar en línea sobre la sintomatología asociada al TpA, ansiedad, depresión, inteligencia emocional, peso, hábitos alimentarios, y actividad física en pacientes con TpA?**

IV. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinar en línea síncrona en pacientes con TpA.

Objetivos específicos

- Obtener las propiedades psicométricas, análisis exploratorio y confirmatorio de la Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale BES* Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982).
- Desarrollar y probar una intervención multidisciplinar en línea síncrona dirigida a pacientes con TpA para modificar comportamientos y actitudes relacionados con el trastorno.
 - Disminuir la sintomatología alimentaria de atracón en pacientes con TpA a través de la intervención multidisciplinar en línea.
 - Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes con TpA a través de la intervención multidisciplinar en línea.
 - Mejorar los niveles de inteligencia emocional en pacientes con TpA que participan en la intervención multidisciplinar en línea.
 - Mejorar los hábitos alimentarios en pacientes con TpA que participan en la intervención multidisciplinar en línea a través de un mayor consumo de frutas y verduras.
 - Incrementar la actividad física de los pacientes con TpA.
 - Disminuir el peso corporal de los pacientes con TpA que participan en la intervención multidisciplinar en línea.

V. METODO GENERAL

Definición de variables

Tabla 7.

Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Intervención Multidisciplinar	La intervención multidisciplinar es un enfoque en donde los profesionales de la salud se reúnen regularmente para discutir el cuidado de sus pacientes. Esto permite que el equipo monitoree mejor la salud física y mental del paciente, y que se coordine los planes de tratamiento. El equipo multidisciplinario incluye a un médico, un nutriólogo y un profesional de la salud mental (Joy, Wilson & Varechok, 2003).	La intervención multidisciplinar fue realizada través del impacto de los componentes psicológicos, nutricionales y de actividad física, así como del entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales y estrategias en emociones, relaciones interpersonales y la alimentación para disminuir los síntomas del TpA, ansiedad, depresión y aumentar habilidades socioemocionales en los pacientes.

Tabla 8.

Variables Dependientes

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Factores sociodemográficos: son los factores que son inherentes a la persona y pueden ser la estatura, peso, el índice de masa corporal, el sexo y la edad.		
Estatura	Medida que indica la estatura de una persona.	Se calculó la altura en (m) a partir de la planta del pie hasta el vértice la cabeza.
Peso corporal	Fuerza que ejerce la gravedad sobre una masa.	Se consideró el cálculo del peso en kilogramos (kg). Se pidió el registro semanal del peso por parte de los participantes.
Sexo	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (OMS, 2017).	Se consideró M (masculino) y F (femenino).
Edad	Años cumplidos que tiene la persona desde su fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista (INEGI, 2015).	Se consideró la edad en años cumplidos.
Comportamiento alimentario: Puede ser entendido como un fenómeno complejo y dinámico en el que un conjunto de acciones motivadas por aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales condicionan la elección y posterior ingesta de un alimento por sobre otro en un individuo (Oda-Montecinos et al., 2018).		
Sintomatología de TpA	Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos: ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos	Se midió con la Escala de Atracón Alimentario (BES, Zuñiga y Robles, 2006). Esta escala cuenta con un puntaje máximo de 46. La sintomatología de

claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes (APA, 2014):

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo, sin compañía, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- Malestar intenso respecto a los atracones.

TpA se evaluó a partir de 18 puntos a (Kessler et al., 2013).

Se aplicó el Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QEWP, López et al., 2010). Se utilizó para identificar individuos con episodios de atracón. Las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6 se utilizaron para evaluar sintomatología del trastorno.

Episodio de atracón

Se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Pérdida de control sobre la ingesta (APA, 2014).

Se midió con la Escala de Atracón (BES, Zuñiga y Robles, 2006). Esta escala cuenta con un puntaje máximo de 46 y mínimo de 0. Los participantes pueden agruparse en tres categorías: los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecerían TpA, los que puntúan de 18 a 26 indicarían la presencia moderada del trastorno y los que registran 27 o más son considerados con la presencia del síndrome en un grado severo (Guisado & Vaz, 2001).

- Se utilizó un autoregistro diario de alimentos para evaluar los episodios de atracón de los pacientes a lo largo de la intervención. Se les pidió que escribieran la comida consumida durante la sobreingesta alimentaria y marcaran con “A” de atracón.
- El atracón se midió en términos de frecuencia, duración e intensidad.

Hábitos alimentarios

Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidos por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos (OMS, 2018).

- 1) Se aplicó el cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos por tiempo de comida, el cual contiene alimentos, agrupados en: lácteos, frutas, vegetales, carnes, carnes procesadas, pescados, refrescos, dulces, cereales y panes. A partir del listado de alimentos, se da la opción de indicar si se consume o no el alimento, el número de días que es consumido a la semana y en qué comida se

ingere habitualmente (desayuno, comida o cena).

- Se evaluó mediante el autoregistros diario de Alimentos.

Factores clínicos: se entiende por factores clínicos, las conductas relacionadas con la regulación emocional, ansiedad y depresión, algunos factores cognitivos como son: insatisfacción con la imagen corporal, motivación por la muscular.

Inteligencia emocional	Conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente su intensidad y características en el tiempo, con el objetivo de alcanzar las propias metas (Thompson, 1994).	Se evaluó por medio de la Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24 Fernández-Berrocal y colaboradores, 2004). El puntaje se obtiene sumando las respuestas de cada factor, oscila en cada una de ellas entre 8 y 40 puntos. Se suman los ítems del 1 al 8 para el factor 1. Atención emocional, se considera adecuada con puntuaciones que van de 22 a 32 para hombres y de 25 a 35 para mujeres; para el factor 2. Claridad emocional se suman los valores de los ítems 9 a 16, si la suma cae en rango de 26 a 35 puntos para hombres y de 24 a 34 puntos para mujeres se considera adecuada; los ítems 17 al 24 para el factor 3. Reparación de las emociones, siendo adecuada si los puntajes oscilan entre 24 a 35 para hombres y 24 a 34 para mujeres.
Sintomatología de ansiedad	Manifestaciones psicofisiológicas muy intensas y desproporcionadas de temor, preocupación, obsesión, irritabilidad, dificultad en la concentración o para dormir ante situaciones o experiencias vitales (OMS, 2022).	Se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et al., 2001). La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 significa la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. El puntaje total se obtiene de la suma de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el máximo. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.
Sintomatología de depresión	Son manifestaciones psicológicas que incluyen: estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces. Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño. Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso (OMS, 2020).	Se evaluó por medio del Inventario de Depresión de Beck (BDI, Jurado et al., 1998), el cual mide la severidad de los síntomas de la depresión tanto en muestras clínicas como no clínicas. La suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Un resultado superior a 10 revela presencia de depresión.
Actividad física	Movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Abarca el ejercicio, asimismo otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas (OMS, 2013).	Se evaluó mediante un autoregistro diario en el que los participantes debían contestar las siguientes preguntas enfocadas a la actividad física: <ul style="list-style-type: none">- Tipo de actividad realizada.- Frecuencia. Días, horas,- Duración. Tiempo- Intensidad

Consideraciones éticas

La aprobación del estudio fue otorgada en agosto de 2021 por el Comité de Ética del Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (número de oficio 0165). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, el cual contenía el objetivo de la investigación y se les informó que se podían retirar de forma voluntario en cualquier momento del tratamiento si lo consideraban oportuno.

Estudios que integran el proyecto de investigación

- **Estudio Preliminar:** Análisis factorial Confirmatorio de la Escala de Atracón Alimentario (BES, Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982).
- **Estudio Principal:** Intervención multidisciplinar en línea para pacientes mujeres y hombres con TPA.

VI. ESTUDIO PRELIMINAR. VALIDACIÓN Y PUNTO DE CORTE DE LA ESCALA DE ATRACÓN ALIMENTARIO (BES) EN POBLACIÓN MEXICANA

ANTECEDENTES

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos (TCAIA) son enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento y las actitudes relacionadas con la ingestión de alimentos. Pueden llegar a repercutir en la calidad de vida y conducir a múltiples complicaciones físicas y psiquiátricas e incluso la muerte (APA, 2013). Son un problema de salud importante, ya que afectan a un gran porcentaje de la población. Se estima que la prevalencia de los TCAIA en el mundo es del 5.7 % en las mujeres y del 2.2 % en los hombres (Galmiche et al., 2019).

El Trastorno por Atracón (TpA) es la psicopatología alimentaria más prevalente entre la población (Hay, 2020). Se define por episodios recurrentes de atracones, que están caracterizados por la ingestión en un periodo corto de tiempo de una gran cantidad de alimentos, superior a lo que la mayoría de las personas comería en circunstancias similares, asimismo, se tiene una sensación de pérdida de control sobre lo que se consume. Dichos episodios de sobreingesta se asocian con sentimientos negativos como vergüenza, culpa y angustia, además, a diferencia de la bulimia nerviosa, quienes los padecen no se involucran en conductas compensatorias como vómitos autoinducidos, diuréticos o laxantes (APA, 2013).

Los estudios epidemiológicos sugieren que 1 a 2.8% de la población en el mundo padece de TpA. Se ha evaluado que afecta al 1.5% de las mujeres y al 0.3% de los hombres en todo el mundo; Tanto hombres como mujeres informan un diagnóstico de por vida de esta psicopatología. En la adolescencia, el trastorno es aún más frecuente, pero a menudo transitorio (Keski-Rahkonen, 2021).

A pesar de la gran prevalencia de este trastorno, menos de la mitad de los pacientes son examinados y diagnosticados oportunamente (Lydecker et al., 2020) lo cual es importante, ya que este padecimiento se relaciona con diferentes comorbilidades como obesidad, hipertensión, diabetes, además, de un deterioro en la calidad y satisfacción con la vida, así como mayor mortalidad y morbilidad (Hilbert, 2019).

La evaluación del TpA aún es escasa, tanto a nivel nacional como internacional (Guerdjikova et al., 2019). Por lo que, es importante contar con instrumentos válidos y confiables que ayuden a la detección de signos y síntomas de TpA y que faciliten una primera aproximación al reconocimiento de dicha patología (Aguera et al 2020). Existen algunas herramientas para evaluar el TpA como son el *Eating Disorder Examination* (Fairburn et al., 2009) y el *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-R* (Spitzer et al., 1992), no obstante, ambos son instrumentos de difícil aplicación como autoinforme y que requieren de una capacitación específica. Por lo que, un instrumento de cribado puede ayudar a disminuir los tiempos de aplicación, los costos y ayudar en la implementación, tanto para el paciente como para el clínico y/o investigador (Feltner et al., 2022).

Uno de los instrumentos desarrollados para este fin y utilizado ampliamente es la Escala de Atracón Alimentario o *Binge Eating Scale* (BES), la cual fue desarrollada por Gormally et al. (1982) quienes se basaron en diferentes modelos cognitivos y de comportamiento explorados en personas con obesidad que tenían episodios de atracón. Uno de estos modelos es el propuesto por Marlatt (1979), que conceptualizó la cognición sobre el autocontrol de la alimentación de la manera siguiente: los altos estándares de hacer una dieta acompañados por una baja autoeficacia aumentan la probabilidad de perder el control cuando una persona enfrenta una situación de alto riesgo. De esta forma, en lugar de hacer frente a “un error” en la dieta de manera adecuada, las personas con TpA atribuyen la falta de control a la fuerza de voluntad lo que conduce a un atracón (Schulte et al., 2016).

La Escala de Atracón Alimentario (Gormally et al., 1982a) está compuesta por 16 reactivos, ocho describen las manifestaciones conductuales y ocho los sentimientos y cogniciones asociadas. Cada ítem contiene de 3 a 4 afirmaciones que son opciones de respuesta y reflejan un rango de severidad para cada característica medida. Algunos ejemplos de la sintomatología del trastorno que se evalúan en este cuestionario son: la presencia de estándares muy elevados del control en las dietas, el desencadenamiento de atracones ante emociones negativas, la urgencia por alimentos y una forma descontrolada de comer y masticar. El BES ha sido utilizado como: medida dimensional de la gravedad de los atracones, herramienta de tamizaje y, como un instrumento para medir los resultados de intervenciones (Katterman et al., 2014., Freitas et al., 2006).

El BES fue validado inicialmente en hombres y mujeres con obesidad con un rango de edad de 24 a 67 años. La estructura original se propuso a partir de un análisis factorial exploratorio (AFE), estableciendo dos factores: 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales. Su

confiabilidad fue evaluada con el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.85. Diversas investigaciones han demostrado que la escala presenta buena validez tanto en población clínica (p. ej., pacientes obesos, pacientes con TpA; Dezhkam et al., 2009; Hood et al., 2013), como en muestras no clínicas (p. ej., estudiantes universitarios; Gordon et al., 2012; Meno et al., 2008).

De esta manera, se han desarrollado diferentes estudios de las dimensiones del instrumento a partir del análisis factorial (AF). El AF es la técnica por excelencia para el desarrollo, evaluación y validación de instrumentos psicológicos. Es uno de los métodos multidimensionales más usados puesto que permite explorar un conjunto de variables latentes o factores comunes que explican las respuestas a los ítems de una prueba, bajo el supuesto de que los ítems se relacionan de manera lineal con los factores que miden (Lloret, et al., 2014). El AF Tiene dos usos: 1) exploratorios generales y 2) análisis de medidas para evaluar constructos psicológicos; estos dos usos están alineados con los objetivos de explicación y reducción de datos (Martínez-Avila, 2022).

En este sentido, son necesarias estrategias adicionales para obtener la estimación empírica del coeficiente de fiabilidad y la más habitual es la de consistencia interna basada en un diseño que requiere una única administración de una sola prueba. Este enfoque se origina del modelo de análisis factorial confirmatorio (AFC) en el supuesto adicional de que las respuestas a los ítems comparten un único constructo subyacente y permite que las varianzas verdaderas y totales se deriven de las estimaciones de los parámetros (Villadrich et al, 2016).

El AFC es una herramienta de representación de ecuaciones estructurales que permite contrastar un modelo, permitiéndole al investigador ser capaz de probar la estructura de los datos en función de una teoría establecida, de esta forma, se define las variables del modelo y la covarianza entre ellas (Martínez-Ávila, 2022). Dado lo anterior, la presente investigación puso de manifiesto la necesidad de evaluar el BES con base en evidencias objetivas acerca de su validez y confiabilidad, utilizando estrategias estadísticas de vanguardia, como es el caso del AFC para garantizar la objetividad de los resultados estadísticos.

Algunas validaciones del instrumento han corroborado la estructura original de dos factores mediante el AF y el AFC como la validación malaya (Robert et al., 2013), la mexicana (Zúñiga & Robles, 2016) y la francesa (Brunault et al., 2016), realizadas con muestras clínicas y no clínicas. La más reciente es la versión libanesa (Zeidan et al., 2019) que utilizó un análisis factorial confirmatorio

(AFC). No obstante, existe la propuesta de un solo factor, como es el caso de la validación portuguesa (Poinhos et al., 2009), italiana (Imperatori et al., 2016) y la española (Duarte et al., 2015).

En México se cuenta con una primera validación del BES (Gormally et al., 1982b) realizada por Zúñiga y Robles (2006), la cual es una importante aportación, no obstante, se necesita confirmar su estructura factorial, saber de su efectividad como instrumento de tamizaje tanto en población comunitaria como en muestra clínica y probar un punto de corte, así como conocer valores de especificidad y sensibilidad. La investigación sobre la dimensionalidad y propiedades psicométricas del BES, sigue siendo escasa. Además, la mayoría de los estudios han examinado la validez de la escala en población clínica, que busca o se somete a tratamientos para bajar de peso. En particular, se desconocen sus propiedades en muestras no clínicas.

Objetivos

1. Confirmar la estructura factorial del instrumento.
2. Proponer un punto de corte adecuado a través de la sensibilidad y especificidad para población mexicana.

MÉTODO

Muestra

La muestra fue no probabilística, constituida por 421 personas (140 hombres = 33.3% y 281 mujeres = 66.7%) con un rango de edad de 18 a 57 años ($M= 23.92$, $D.E = 7.38$) provenientes de la ciudad de México y la zona metropolitana. Hubo dos muestras:

1. **Muestra comunitaria:** incluyó a 361 participantes (130 hombres y 231 mujeres) con un rango de edad de 18 a 57 años ($M = 25.73$, $D.E = 8.633$).
2. **Muestra clínica:** Incluyó a 60 participantes (10 hombres y 50 mujeres) con un rango de edad de 18 a 53 años ($M= 28.23$, $D.E = 8.94$) que fueron entrevistados y diagnosticados con TpA de acuerdo a los criterios del DSM-5.

Instrumentos

1. Hoja de datos generales. Creada para la presente investigación cuenta con 8 preguntas con información básica sobre datos sociodemográficos como edad, sexo, estatura, peso, antecedentes familiares de enfermedades, historial de dietas, hábitos alimentarios y actividad física.

2. Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED por sus siglas en inglés). A partir de los criterios del TpA del DSM-5 y de acuerdo con la entrevista IDED para Trastornos Alimentarios (Williamson et al., 1995). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone por 18 preguntas. Se busca realizar diagnósticos diferenciales entre Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y TpA. Su composición inicial incluye preguntas con relación a las historia del problema, síntomas de Bulimia, Anorexia y TpA e ítems de evaluación general. Su extensión es de 30 a 45 minutos. Existe una versión traducida al español por (Vázquez-Arévalo et al., 2000) la cual fue utilizada para la presente investigación.

3. Escala de Atracón Alimentario (BES por sus siglas en inglés). Posibilita la detección de sintomatología de atracón alimentario. Puede indicar la presencia o no de esta psicopatología y a la vez, detectar la gravedad según la existencia de atracones de moderados a severos (Gormally et al., 1982). La escala cuenta con 16 ítems agrupado en dos dimensiones 1) manifestaciones cognitivas 2) manifestaciones conductuales. Cada pregunta tiene 3-4 opciones de respuestas asignando un valor numérico de 0 a 3 puntos. El rango de puntuación es de 0-46. Los pacientes pueden agruparse en tres categorías: los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecen de atracón, los que puntúan de 18 a 26 indicarían la presencia de atracones moderados y los que registran 27 o más son considerados con la presencia del síndrome en un grado severo. Se suele utilizar un punto de corte de 17, una puntuación de 18 y superior indica la presencia de atracones (Gormally et al., 1982).

4. Cuestionario de Patrones Alimentación y Peso-Revisado QEWP, Questionnaire on Eating and Weight Patterns- R (Spitzer et al., 1992). Se utiliza para identificar individuos con episodios de atracón recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo con DSM-5. El cuestionario está compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración de este y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso. Fue validado para México por (López-Aguilar et al., 2010) en una muestra de 448 mujeres. El cuestionario clasificó correctamente a 83.3% de la muestra con TCAIA (n = 39) y a 72.5% de la muestra sin TCAIA. El resultado del QEWP-R correlacionó positivamente (Kappa = .60) con la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios.

Procedimiento

Este proyecto fue parte de una investigación más amplia en la que se buscaba atraer personas para una intervención multidisciplinar en línea para pacientes con TpA. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Posgrado en Agosto de 2021. Antes de llevar a cabo la aplicación del instrumento se realizó una revisión de la traducción y del contenido para analizar la propuesta de Zúñiga y Robles (2006). Se ejecutó un proceso de cuatro tipos de equivalencia de acuerdo con Streiner, Norman, & Cairney (2015): 1. Conceptual. Se desarrolló una revisión a profundidad del concepto de “atracción”, consultando a expertos en el área tanto investigadores como clínicos, analizando algunas otras escalas del mismo concepto, tanto para población clínica como comunitaria. 2. Pertinencia de cada reactivo. En este paso, se revisó que cada reactivo fuera pertinente, aplicable o si alguno pudiera ofender a los participantes. Se volvió a recurrir a investigadores y a clínicos expertos en trastornos alimentarios. Se corroboró que todos los reactivos eran congruentes. 3. Semántica (traducción): Se desarrolló una traducción-retraducción. Se tradujo cada reactivo al idioma original, por equipos independientes de traductores, posteriormente, se revisó los reactivos traducidos y re-traducidos y se resolvió cualquier discrepancia. Se dio la versión traducida de la escala a diferentes personas y se les pidió que re-frasearan el reactivo que no hayan entendido o que se ajustara mejor en sus propias palabras. Se analizó el fraseo de los reactivos. 4. Operacional: Se revisó si era adecuado el formato, las instrucciones y el modo de aplicación del instrumento a través de un piloteo.

El piloteo se aplicó en un grupo de 20 personas, quienes eran pasantes de licenciatura, estudiantes de doctorado y profesores de Psicología. Se les solicitó que escribieran comentarios en aquellas preguntas que fueran difíciles de entender. Únicamente se agregaron comas y puntos en los reactivos 5 y 9. (Anexo 1). Todas las oraciones se escribieron con incisos, ya que se observó que en el formato anterior resultaba confuso. Por ejemplo. En el ítem 15:

Versión anterior

0. No pienso que la comida sea “lo más importante.
1. Tengo antojos fuertes de comida, pero sólo por periodos cortos de tiempo.
2. HAY DÍAS que parece que no puedo pensar en otra cosa que no sea la comida.
3. LA MAYORÍA de los días estoy preocupado acerca de la comida. Siento como si viviera para comer.

Versión nueva

- () No pienso que la comida sea “lo más importante.
- () Tengo antojos fuertes de comida, pero sólo por periodos cortos de tiempo.
- () Hay días que parece que no puedo pensar en otra cosa que no sea la comida.
- () La mayoría de los días estoy preocupado acerca de la comida. Siento como si viviera para comer.

Una parte de la muestra comunitaria se consiguió de forma presencial antes de la Pandemia de COVID-19 (2019). El protocolo se presentó en tres instituciones públicas de educación superior. Ya que fue aceptado, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de forma grupal de manera voluntaria (aproximadamente 20 personas por grupo). El tiempo utilizado para contestar el cuestionario fue de aproximadamente 10 minutos por grupo. Debido a la pandemia por COVID-19, otra parte de muestra se aplicó en línea. Para recolectar los datos se presentó el proyecto al Departamento de Comunicación Social con el fin de promoverlo en las redes sociales de la Universidad. Por lo que se realizó una convocatoria abierta a público en general. Las personas interesadas contestaron por medio de un formulario de Google Forms. Cabe aclarar que como se aplicó el instrumento antes y durante la pandemia se realizó un análisis para observar si pudieran haber existido diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sin embargo, no se observaron tales diferencias por lo que se procedió a manejar ambas aplicaciones como un solo grupo para la validación del instrumento.

La muestra clínica fue recolectada de la convocatoria en línea. Los pacientes fueron entrevistados a través de la plataforma Zoom por el equipo de psicólogos(as) previamente capacitadas del Grupo de Investigación con el fin de hacer el diagnóstico de TpA o descartarlo, basándose en la entrevista IDED que contiene los criterios del DSM-5 (APA, 2013). Las entrevistas tuvieron una duración de una hora aproximadamente, a quienes se les diagnosticaba con el trastorno eran elegibles para recibir la intervención multidisciplinar en línea. A las personas que no tenía TpA se les ofrecieron cinco pláticas sobre alimentación y estilo de vida saludable, esto con el fin de agradecer su interés en el proyecto.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 27. Se realizó el análisis de la confiabilidad a través del Alpha de Cronbach y correlación de cada ítem con el total del BES. Para la validez de constructo se realizó el AFC mediante el programa estadístico AMOS. Para ello el tamaño muestral estimado fue de 20 participantes por reactivo, según la propuesta de Stevens et al (1992), en este sentido, se rebasó el tamaño muestral ya que el total de nuestra muestra

fue de 421 participantes. Snook y Gorsuch (1989) han señalado, como regla general, que contar con 300 participantes permitiría obtener soluciones confiables independientemente del tipo de análisis factorial realizado.

Asimismo, se utilizó la estimación de máxima verosimilitud, evaluándose la bondad de ajuste del modelo propuesto mediante una combinación de índices de ajuste absolutos y relativos. Entre los absolutos, se utilizó el valor p , asociado con el estadístico chi cuadrado, que prueba el modelo nulo frente al modelo hipotetizado y el valor de la ratio entre χ^2 y los grados de libertad (χ^2/df). También, se calcularon otros índices de ajuste absoluto, como el índice de bondad de ajuste (GFI), el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), así como los siguientes índices incrementales: índice de ajuste comparado (CFI), el índice de ajuste normado (NFI).

Todos los resultados fueron considerados significativos cuando la probabilidad fue $\geq .05$. Con el objetivo de determinar el punto de corte para el BES adecuado para la población mexicana se exploraron 5 valores: 17, 18, 19, 20, 21 (tabla 1), estos valores de punto de corte se eligieron considerando lo reportado en la validación original (Gormally et al., 1982) y validaciones posteriores (Brunault et al., 2016; Duarte et al., 2015; Imperatori et al., 2016; Robert et al., 2013).

RESULTADOS

Análisis de la confiabilidad

El análisis de confiabilidad fue calculado mediante el Alpha de Cronbach, de esta manera, se obtuvo un coeficiente de .90, lo cual indica un excelente grado de consistencia interna para el instrumento. Además, se encontró que todos los ítems correlacionaron de manera positiva y significativa ($p \leq .001$) con la puntuación total de la Escala de Atracón. Se observó todos los ítems mostraron un coeficiente de correlación considerado como bueno para predecir ($r \geq .70$). A continuación se muestra la matriz de correlaciones (Tabla 9).

Tabla 9.

Relación ítem-total y coeficiente alpha de los reactivos de la escala.

Reactivo	R	α
1	.53	.75
2	.49	.76
3	.55	.76
4	.52	.77
5	.58	.75
6	.49	.77

7	.59	.75
8	.60	.77
9	.55	.75
10	.62	.75
11	.58	.75
12	.56	.75
13	.50	.76
14	.59	.76
15	.50	.75
16	.49	.76

Análisis de la validez

Al realizar el AFE se observó que extrajo 2 factores, tal como la versión original, quedando agrupados los 16 reactivos, que en conjunto explicó el 59.35% de la variabilidad total. El factor 1 correspondiente a la dimensión de sentimientos y cogniciones explicó 32.11% de la variabilidad total y obtuvo un coeficiente alpha de .91. El factor 2 que corresponde a las dimensiones conductuales explicó el 27.74% de variabilidad total y mostró un alpha de .90 (Tabla 10).

Tabla 10.

Análisis factorial exploratorio del BES.

Estructura factorial de la Escala de atracción alimentario		
Reactivos	Cargas factoriales	
	Factor 1	Factor 2
1	.42	
3	.63	
6	.32	
10	.66	
12	.58	
14	.62	
15	.65	
16	.61	
2		.49
4		.57
5		.61
7		.58
8		.44
9		.47
11		.57
13		.51

Coeficiente alpha total = .90
 Porcentaje de varianza explicada = 59.35%
 Prueba de esfericidad de Barlett= 4936.13 gl= 120 sig. = .01

Después de explorar la estructura de dos factores de acuerdo a la versión mexicana anterior (Zúñiga & Robles, 2006), se procedió a confirmar la estructura obteniendo el modelo representado en la Figura 1, en donde se observaron los siguientes los índices de bondad de ajuste con valores: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2 = 226.201, p = .001$), con $gl = 100$; 2) GFI = .961 3)NFI = .955 4) CFI = .975 5)RMSEA = .053. Estos valores indicaron un buen ajuste para el modelo.

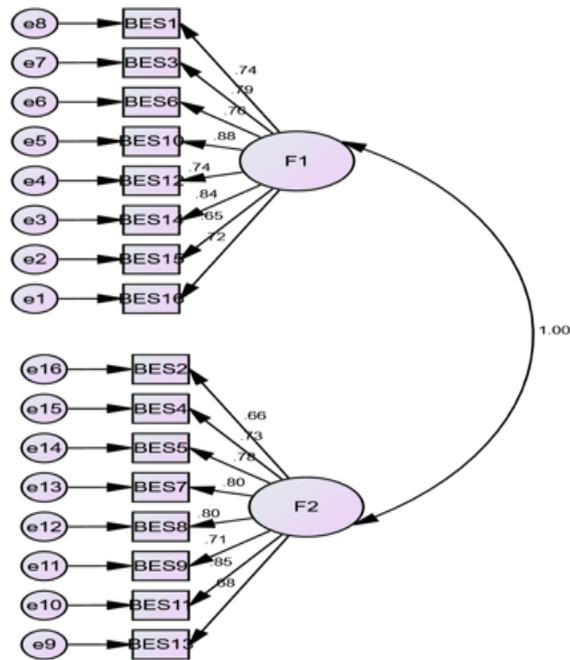


Figura 2. Modelo de la estructura factorial confirmatoria de la Escala de Atracón en población mexicana de hombres y mujeres [BES, (Gormally, Black & Radin, 1982)]

Punto de corte para la Escala de Atracón

Se exploró los puntos de corte del BES para la población mexicana. Posteriormente, una vez obtenidos los valores de sensibilidad y especificidad, estos fueron graficados por medio de una curva de ROC (Curva de Rendimiento Diagnóstico) como se pudo observar en la figura 3, el punto de corte de 17 es el que parece más adecuada para identificar a los sujetos con sintomatología de atracón alimentario, ya que presentó el mejor equilibrio entre sensibilidad (98.3%) y especificidad

(93%). A partir de esto se puede afirmar que el BES con el punto de corte de 17 mostró una adecuada especificidad y sensibilidad para población mexicana.

Tabla 11. Valores de sensibilidad y especificidad de cada uno de los puntos de corte explorados.

Puntos de corte explorados		
Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
17	98.3%	93%
18	95%	73%
19	92.5%	64%
20	90.8%	54%
21	86.7%	51%

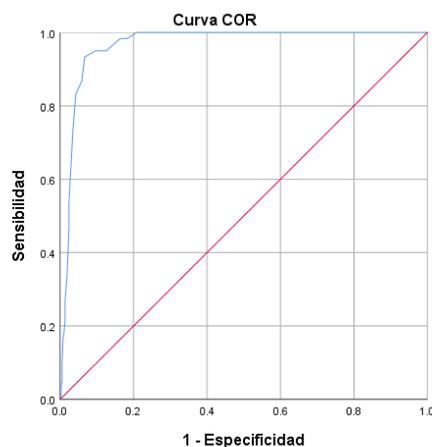


Figura 3. Curva de ROC para la Escala de Atracón Alimentario en población mexicana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO PRELIMINAR

El BES es una de las medidas más utilizadas para evaluar sintomatología de TpA. Se ha reconocido como un instrumento válido para evaluar las manifestaciones tanto cognitivas como conductuales del atracón desde una perspectiva multidimensional, tanto en muestras clínicas como comunitarias. Sin embargo, la estructura factorial y la validez no se han confirmado formalmente en población mexicana.

Dado lo anterior, los objetivos del presente estudio fueron: 1) Confirmar la estructura factorial del BES y 2) Proponer un punto de corte adecuado a través de la sensibilidad y especificidad. A través del AFC se confirmó la estructura factorial de la versión mexicana de dos factores (Zúñiga & Robles, 2006), que, de igual manera, es señalado en el AF de la versión original (Gormally et al., 1982), y también en otros estudios realizados en muestra clínica y no clínica (Brunault et al., 2016; Duarte et al., 2015; Imperatori et al., 2016; Robert et al., 2013; Zeidan et al., 2019). De esta forma, se puede interpretar que en nuestro estudio la estructura del instrumento corresponde a la propuesta teórica previamente establecida tanto en el diseño como en el modelo multidimensional del atracón alimentario.

Nuestra versión mostró una adecuada consistencia interna $\alpha = .90$. Ésta fue similar a la mostrada en la versión original y a otras versiones (Brunault et al., 2016; Dezhkam et al., 2009) en las que el alfa de Cronbach osciló entre .85 y .93. Esto indicó que la escala es confiable para su aplicación. Asimismo, todos los ítems del BES se correlacionaron positivamente por encima de 0.5, lo que indicó un buen valor predictivo. Esto fue similar a un estudio en el que encontraron que casi la mitad de los ítems estaban correlacionados positivamente (Grupski et al., 2013). sin embargo, en otro estudio (Grilo et al., 2001) se encontró correlaciones muy bajas para la mayoría de los reactivos. Se puede analizar que estas diferencias en los resultados de ambos estudios probablemente se debieron a la metodología empleada tanto para la recolección como para el análisis de los datos, ya que en nuestro estudio para el análisis de datos se empleó el AFC y en ese estudio únicamente un AF por lo que esto podría haber intervenido en la relación entre ítems.

Respecto a los resultados de sensibilidad y especificidad, los resultados mostraron que ésta versión del BES es una buena herramienta para discriminar entre personas con atracón y sin atracón en la población comunitaria. El análisis de la curva ROC indicó alto nivel de sensibilidad en la identificación de individuos con sintomatología de atracón alimentario (98.3%) y también buena especificidad (93%) en identificar individuos sin atracones. Los hallazgos tanto de sensibilidad como especificidad son similares a los reportados en otros estudios realizados con muestras clínicas y comunitarias (Grupski et al., 2003; Cella et al., 2019; Duarte et al., 2015; Mina et al., 2021; Mourilhe et al., 2021). Estos estudios mostraron una sensibilidad ligeramente más alta y una especificidad más baja, lo que puede explicarse por las características de las muestras investigadas ya que algunos de ellos se realizaron con pacientes candidatos para cirugía bariátrica (Grupski et al; 2003) y otros en población general (Duarte et al., 2015). Dado todo lo anterior, es importante resaltar que el BES es un buen instrumento de tamizaje que puede ayudar en la detección de casos de TpA y que también podría servir para optimizar un diagnóstico oportuno y tratamiento de estos pacientes.

Es importante hacer notar que los resultados de nuestro estudio indicaron que se puede identificar sintomatología de atracón alimentario tanto en hombres como mujeres esto está en concordancia con otros estudios realizados (Escrivá-Martínez et al., 2019; Ribeiro et al., 2014), sin embargo, la participación de los hombres en nuestro estudio fue baja por lo que ésta sería una limitante para poder generalizar los hallazgos.

Los resultados de nuestro estudio sugieren que el BES es una herramienta de detección válida y útil para población mexicana. Además, a través de este instrumento se demostró que se puede identificar un número significativo de pacientes con sintomatología de atracón de moderados a graves; esto es aceptable para un instrumento de tamizaje. Dado que el BES es una de las herramientas

de evaluación más utilizadas para pacientes con TpA los resultados obtenidos, ayudan a que tanto clínicos como investigadores en el campo de los trastornos alimentarios puedan utilizarlo maximizando sus beneficios tanto en población clínica como en comunitaria. Los resultados de nuestro estudio ofrecen evidencia que apoya el uso del BES como un instrumento de tamizaje de la sintomatología de atracón, además, esta escala puede ser útil tanto en estudios epidemiológicos de prevalencia e incidencia de TpA en la población mexicana.

En este sentido, el BES también puede ayudar a valorar los resultados de los tratamientos clínicos tanto a corto, mediano y largo plazo y también en el trabajo multidisciplinar que se hace con otros profesionales de la salud que se dedican a la intervención de esta psicopatología. Es importante mencionar que las intervenciones integrales y multidisciplinarias deben abordar aspectos psicológicos, sociales y culturales, además de los factores desencadenantes de un atracón así como las causas del trastorno ya que son de vital importancia para el tratamiento de éste trastorno. Es en este contexto en el que los profesionales de la salud mental, en especial, los psicólogos desempeñan un papel importante para tratar los trastornos de la conducta alimentaria, donde se debe de dar un valor a las herramientas de tamizaje y cribado que apoyen en la práctica clínica y que respalden las diferentes investigaciones que se realizan con los pacientes.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Aunque hubo un buen tamaño de la muestra, se encontró un bajo porcentaje de hombres en la muestra clínica. Esto debido a que los varones acuden poco a buscar ayuda para este padecimiento (Citrome, 2019), ya que en ellos existe menor conciencia de las psicopatologías alimentarias y mayor reticencia a buscar tratamiento para un trastorno que posiblemente consideren “femenino” (Velázquez López et al., 2018). Esto pudo limitar la posibilidad de generalizar estos hallazgos en la población general.

Además, los hallazgos con respecto a la precisión de la clasificación del instrumento deben corroborarse en investigaciones futuras utilizando muestras más grandes de diferentes edades (p.ej. adolescentes con y sin sintomatología de TpA) para confirmar la capacidad de la BES para discriminar casos clínicamente significativos.

Nuestro estudio confirmó que el BES en población mexicana tiene una adecuada estructura factorial y es una medida válida y confiable para evaluar la severidad de los atracones. Además, este estudio ofrece una contribución sobre cómo el instrumento ayudó a identificar personas con y sin sintomatología de TpA por lo que es una herramienta indispensable para continuar investigando esta psicopatología alimentaria.

VII. ESTUDIO PRINCIPAL. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ATRACÓN

Objetivo General

- Evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinaria en línea síncrona en pacientes con TpA.

MÉTODO

Diseño de investigación

El diseño del estudio fue cuasi experimental de tres grupos clínicos de tratamiento multidisciplinario en línea. Se realizaron mediciones psicométricas y antropométricas antes y después del tratamiento, al finalizar el programa los pacientes ingresaron a un período de seguimiento. En esta fase fueron evaluados nuevamente psicométrica y antropométricamente dos y seis meses después. Durante la etapa de seguimiento no recibieron ningún tratamiento adicional (Hernández-Sampieri et al., 2014). El tratamiento comenzó en septiembre de 2020 y concluyó en marzo de 2021. El segundo seguimiento terminó en noviembre de 2021. Antes de realizar cualquier análisis, dado el modesto tamaño de la muestra, se tomó la decisión comparar los resultados antes, después y a través de los dos seguimientos solo en las variables centrales del tratamiento (Figura 4).

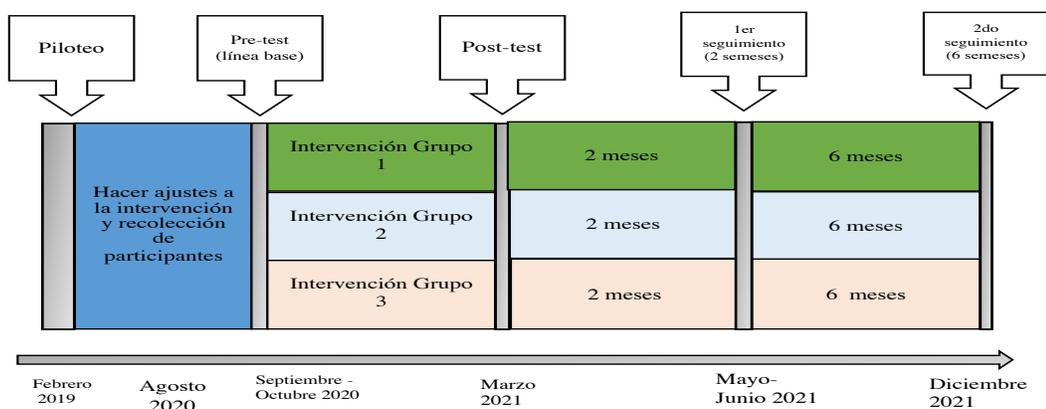


Figura 4. Diagrama del diseño de la intervención multidisciplinaria

Participantes

La muestra estuvo constituida por 15 adultos hombres y mujeres. La edad promedio fue de 34.93 años, el peso inicial promedio fue de 112 kg, el IMC promedio fue 41.73 clasificándolos con obesidad y el promedio de episodios de atracón iniciales fue 4 a la semana. En cuanto al nivel educativo la mayoría de los participantes completó los estudios universitarios, con relación a su estatus marital el 60% se encontraba soltero. Por último, el 66% de los pacientes mencionó no tener ningún antecedente de adicciones (Tabla 12).

Tabla 12.

Caracterización inicial de los participantes.

	N=15	Frecuencia (%)	
Sexo	Hombre	2 (13.3%)	
	Mujer	13 (86.7%)	
Edad		34.93 (D.E=11.91) Rango= 19-55 años	
Peso		112 (D.E = 31.86)	
IMC		42.01 (D.E=9.36)	
Episodios a la semana	Obesidad 1	5 (33.3%)	
	Obesidad 2	2 (13.3%)	
	Obesidad 3	8 (53.3%)	
Episodios a la semana		4 (D.E=2.3)	
Escolaridad	Preparatoria	2 (13.3%)	
	Universidad	11 (73.3%)	
	Posgrado	2 (13.3%)	
	Ocupación	Estudiante	5 (33.3%)
	Empleado	6 (40%)	
	Ama de casa	2 (13.3%)	
Estado civil	Desempleado	2 (13.3%)	
	Soltero	9 (60%)	
	Casado	2 (13.3%)	
	Separado	4 (26.7%)	
	Adicción	Alcoholismo	4 (26%) *1 mujer
Comorbilidades	Tabaquismo	1 (6%)	
	Ninguna	10 (66%)	
	Hipotiroidismo	2 (13.3%)	
	Hipertirodismo	1 (6%)	
	Síndrome de ovario poliquístico	4 (26%)	
Comorbilidades	Prediabetes	1 (6%)	
	Ninguna	7 (46%)	

Los criterios de inclusión fueron: participantes con mayoría de edad (18 años en adelante), que desearan involucrarse en el tratamiento y diagnosticados con TpA. Los criterios de exclusión fueron: que no firmaran el consentimiento informado, que tuvieran una comorbilidad psiquiátrica (p. ej. esquizofrenia, trastorno bipolar y/o riesgo de suicidio) o médica (p. ej. enfermedades cardiacas o hepáticas, hipertensión descontrolada) que les impidiera participar en el estudio, que se encontraran en algún otro tratamiento psicológico, médico y/o nutricional y que no contaran con un dispositivo electrónico para conectarse a las sesiones en línea. Y finalmente los criterios de eliminación fueron que los participantes no concluyeran el tratamiento.

Motivos de abandono de participantes

Con relación al abandono 5 participantes dejaron de asistir al tratamiento. Todos lo hicieron a lo largo de la intervención. En cuanto a los motivos: 1 persona mencionó las características del tratamiento y la relación terapéutica, 2 personas refirieron impedimentos físicos-temporales ya que en su caso tuvieron que regresar a trabajar presencialmente, 1 persona decidió abandonar por desmotivación, y por último a una persona se le refirió a otro tratamiento médico.

Instrumentos

En este estudio se utilizaron once instrumentos todos fueron aplicados vía internet:

- 2) ***Hoja de datos generales.*** Creada para la presente investigación, cuenta con 8 preguntas con información básica sobre datos sociodemográficos.
- 3) ***Autoregistro diario.*** Durante la intervención se desarrolló un autoregistro con la finalidad de observar el consumo de alimentarios diario, el número de atracones, las emociones asociadas, así como la actividad física realizada cada día y tratar de establecer su relación con las emociones, el hambre y saciedad.
- 4) ***Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos por tiempos de comida.*** Este cuestionario fue diseñado para recabar información respecto a los hábitos alimentarios de los participantes. El instrumento se divide en dos partes, la primera de ellas aborda las comidas realizadas diariamente, mediante un listado de éstas (desayuno, colación, comida, merienda y cena) donde el participante indica si realiza o no dicha comida, además se pregunta sobre la frecuencia con que se acostumbra a comer entre comidas, dando a este cuestionamiento cinco opciones de respuesta, el último ítem de la primera parte pregunta acerca de lo que se consume

entre comidas, dando opciones de respuesta 7 grupos de alimentos. La segunda parte presenta un listado de alimentos, de cada uno se da la opción de indicar si se consume o no el alimento, el número de días que es consumido a la semana y en qué comida se ingiere habitualmente (desayuno, comida o cena. Los grupos en los que el listado de alimentos se organiza son los siguientes: leche y sus derivados, verduras, cereales y tubérculos, productos de origen animal, leguminosas, aceites y grasas, azúcares y bebidas.

- 5) **Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios** (IDED *Interview for the Diagnosis of Eating Disorders*, (Williamson et al., 1995). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone por 18 preguntas donde se busca realizar diagnósticos diferenciales entre AN, BN y TpA. Su composición inicial incluye preguntas con relación a la historia del problema, síntomas de evaluación general. Su extensión es de 30 a 45 minutos. Existe una versión traducida al español (Vázquez-Arévalo et al., 2000) la cual fue utilizada para la presente investigación y se adecuó a los criterios del TpA del DSM-5 (2013).
- 6) **Escala de Atracón Alimentario** (BES, *Binge Eating Scale*, Gormally et al., 1982). Posibilita la detección de sintomatología de atracón alimentario. Puede indicar la presencia de los síntomas centrales de esta psicopatología y proporciona indicadores de la gravedad de acuerdo a la frecuencia de atracones (Kessler et al., 2013). La escala cuenta con 16 oraciones agrupadas en dos dimensiones 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales. Los participantes pueden agruparse en tres categorías: los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecen de atracones, los que puntúan de 18 a 26 indicarían la presencia de atracones moderados y los que registran 27 o más son considerados con la presencia de sintomatología en un grado severo. El BES fue validado en población mexicana (Zúñiga & Robles, 2006) y recientemente por Valdez-Aguilar et al (en revisión, 2022), se realizó su análisis factorial confirmatorio donde el BES obtuvo buenos estadísticos de ajuste: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2=226.201$, $p=.001$), con $gl= 100$, 2) GFI=.961, 3)NFI =.955, 4) CFI=.975 y 5)RMSEA =.053). En esta validación mexicana se encontró para la dimensión de sentimientos un $\alpha=.88$, mientras para la dimensión de conductas un $\alpha=.87$ y un punto de corte de 17.
- 7) **Cuestionario de Patrones de alimentación y peso versión R** (QEWP, *Questionnaire on Eating and Weight Patterns- R* (Spitzer et al., 1992). Se utiliza para identificar individuos con episodios de atracón recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo con DSM-5. El cuestionario está compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración de este y sobre sentimientos de culpa con

respecto a la comida, la dieta y el peso. Fue validado para México por (López-Aguilar et al., 2010) en una muestra de 448 mujeres. El cuestionario clasificó correctamente a 83.3% de la muestra con TCAIA (n = 39) y a 72.5% de la muestra sin TCAIA. El resultado del QEWP-R correlacionó positivamente (Kappa = .60) con la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios.

- 8) **Escala de Inteligencia Emocional** (TMMS -24 *Trait Meta-Mood Scale* versión española de Fernández-Berrocal et al., 2004) Fue validada para México por Vázquez-Arévalo et al. (2019). Evalúa metaconocimientos de los estados emocionales (destrezas con las que se puede ser consciente de las propias emociones y la capacidad personal para regularlas). Consta de 24 ítems, es una escala tipo Likert con una valoración del 1 a 5 que va de Nada de acuerdo con, Totalmente de acuerdo; está organizada en tres factores: 1. Atención 2. Claridad o Comprensión y 3. Regulación de las emociones. El puntaje se obtiene sumando las respuestas de cada factor. Existen diferencias en las puntuaciones de hombres y mujeres.
- 9) **Inventario de Ansiedad de Beck** (BAI, *Beck Anxiety Inventory*, Beck et al., 1988). Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de ansiedad y su severidad, para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por (Robles et al., 2001b). La versión mexicana del BAI presenta una alta consistencia interna 0.84 y 0.83, en estudiantes y adultos. Al aplicarse, se pide a los respondientes que indiquen cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3 . Las normas de calificación en población mexicana son de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa. El criterio para considerar la ansiedad como clínicamente relevante es obtener 16 puntos o más.
- 10) **Inventario de Depresión de Beck** (BDI, *Beck Depression Inventory*, Beck et al., 1996). Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de depresión y su severidad, para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por (Jurado et al., 1998). Es un instrumento autoadministrable de 21 reactivos con los que se evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada reactivo se califica de 0 a 3. La suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Un resultado superior a 10 revela presencia sintomatología de depresión. Este instrumento tiene una validez concurrente adecuada ($r = .70$) y alta consistencia interna ($\alpha = .87$).

Procedimiento

El procedimiento del presente estudio constó de cuatro fases principales: 1) piloteo, 2) recolección de participantes y entrevistas, 3) formación de grupos 4) intervención multidisciplinar. A continuación, se describen cada una de ellas.

1) Piloteo

Antes de realizarse el estudio principal se elaboró una prueba piloto con 4 participantes (3 mujeres y 1 hombre) con el fin de evaluar cada una de las sesiones, los temas, contenidos, forma de aplicación y hacer los cambios y ajustes pertinentes. El estudio piloto consistió en 24 sesiones presenciales basadas en el manual de la Terapia Integrativa Cognitivo-Afectiva (Wonderlich, 2015).

En este estudio las sesiones se llevaron a cabo de forma individual. Algunos temas se abordaron en conjunto con una nutrióloga y una médica del deporte. La nutrióloga participó en el primer módulo de la intervención, es decir, las primeras dos sesiones, y en el último módulo con el fin de reforzar algunos conceptos; enseñando a los participantes a regular su alimentación, crear menús saludables y planear sus comidas, además, cada sesión los pesaba y medía. La médica del deporte les dio una sesión sobre las consecuencias físicas que tiene la obesidad, así como los beneficios que tiene la actividad física en la vida cotidiana.

2) Recolección de participantes y entrevistas

En la segunda etapa se procedió a la recolección de participantes y entrevistas diagnósticas; debido a la pandemia de COVID-19 esta etapa se realizó a través de la página de comunicación social de Facebook de la UNAM- FES Iztacala por medio de un anuncio para atraer participantes interesados en la intervención multidisciplinar. A continuación, se muestra el anuncio que se exhibió:



Figura 5. Anuncio en Facebook de la intervención multidisciplinar

Las personas interesadas contestaron el BES y QEWP, y quienes superaron el punto de corte de los cuestionarios fueron entrevistadas a través de la plataforma *Zoom* por el equipo de psicólogos (as) del Grupo de Investigación en Nutrición (GIN) con el fin de hacer el diagnóstico de TpA, basándose en las entrevistas IDED y SCID que contienen los criterios del DSM-5 (APA, 2013). A las personas que no superaron el punto de corte se les dieron cinco pláticas sobre alimentación y estilo de vida saludable, esto con el fin de agradecer su interés en el tratamiento. En seguida, se muestra el anuncio que se les envió con la información de las pláticas.



Figura 6. Anuncio de los Talleres de alimentación saludable para quienes no cumplieron con los criterios de TpA.

3) Formación de grupos

Las personas que cumplieron los criterios diagnósticos se les aplicó la pre-evaluación y se les solicitó que firmaran el consentimiento informado, y dieran su peso y talla. Después de aplicada la pre- prueba a los pacientes, se les proporcionó la intervención multidisciplinar con enfoque integrativo afectivo. Se formaron tres grupos de acuerdo con el grado de severidad del trastorno diagnosticado durante las entrevistas, lo grupos fueron repartidos en diferentes días de la semana. Posterior a la intervención multidisciplinar, se llevó a cabo la post evaluación en la que se volvieron a aplicar los instrumentos psicométricos. Dos meses después se hizo el primer seguimiento de los participantes y seis meses más tarde el segundo seguimiento. A continuación, se presenta un diagrama del procedimiento de recolección de participantes (figura 7).

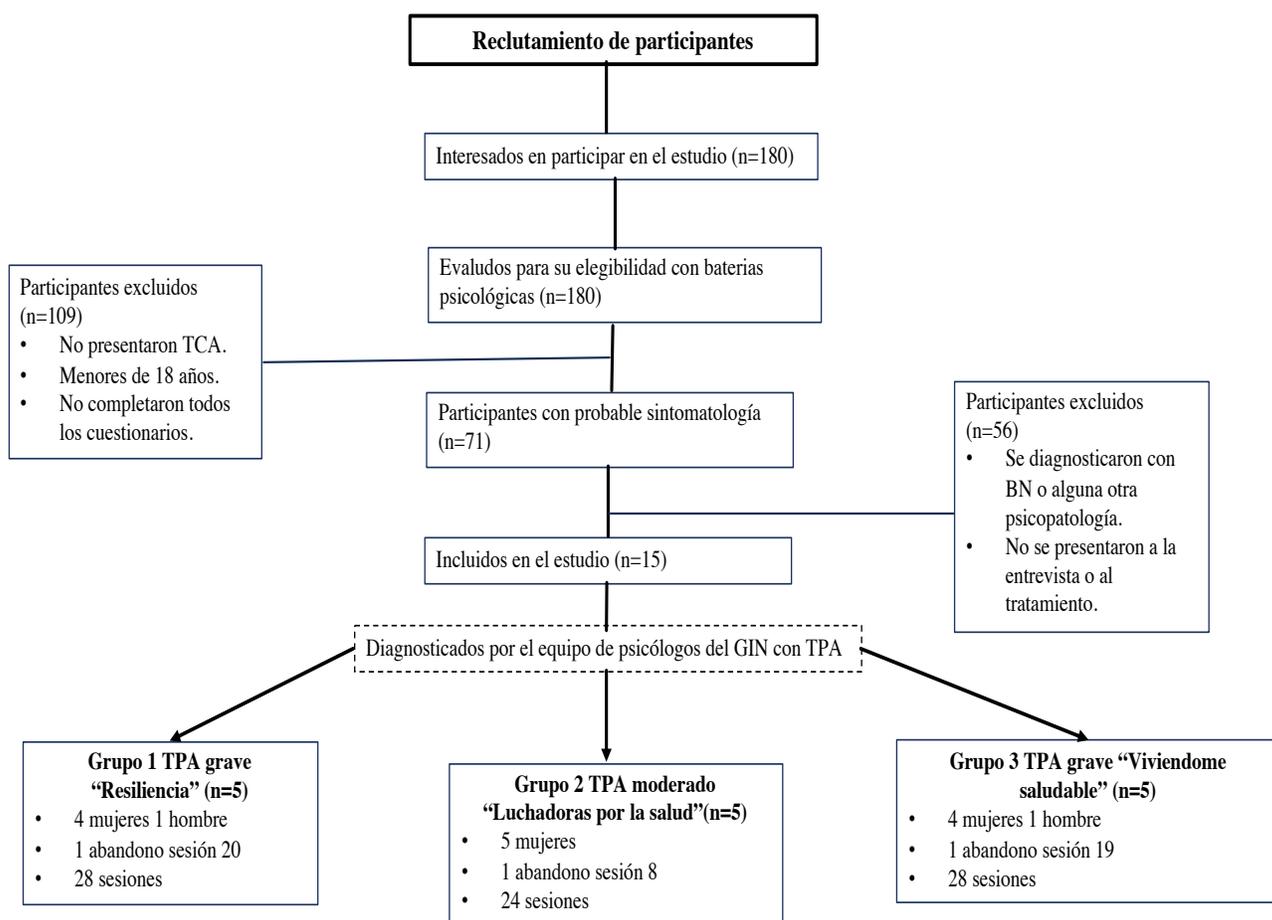


Figura 7. Diagrama de recolección de los participantes

4) Tratamiento multidisciplinar con enfoque integrativo cognitivo afectivo

La intervención multidisciplinar se desarrolló en tres diferentes fases: 1) Motivación al tratamiento y psicoeducación: se enfatizó en la mejora de la motivación al tratamiento y la educación sobre el TpA. 2) Trabajo en diferentes temáticas clínicas: se enfocó en identificar y modificar los precipitantes de estados emocionales negativos que provocaban los atracones. 3) Prevención de recaídas: se trabajó en la prevención de recaídas y las modificaciones del estilo de vida en general.

El tratamiento se realizó en 28 sesiones durante seis meses con una frecuencia semanal. Cada sesión tuvo una duración de dos horas. La primera hora se trabajaba de forma grupal y la segunda de manera individual. Las sesiones siempre comenzaban con una revisión de los autoregistros diarios por parte de una nutrióloga, posteriormente se hacía una retroalimentación acerca de las metas nutricionales fijadas al inicio del tratamiento, además del aumento o disminución de ciertos alimentos –se enfatizaba el consumo diario de frutas y verduras–, planeación de comidas y porciones.

Después de la retroalimentación nutricional se realizaba la presentación del tema a revisar en la sesión. La presentación consistía en dar psicoeducación, así como generar una reflexión grupal del tema abordado. Esta parte tenía una duración de 30 minutos. Al final de la presentación, se realizaba una pausa activa de diez minutos, que consistía en realización de ejercicios sencillos con el fin de fomentar la actividad física en las pacientes y que la adhirieran a su vida diaria.

La segunda hora de la sesión cada paciente recibía su terapia individual de 45 min-1 hora. Las pacientes tenían asignado su propio terapeuta durante todo el tratamiento, además en esta parte se abordaban los temas que previamente se habían revisado en la primera hora (p. ej. heridas emocionales, duelos no resueltos, resiliencia etc.), además de problemáticas emocionales, historias de vida relacionadas con el trastorno y el atracón. En cada sesión se otorgaban tareas terapéuticas que se revisaban en la siguiente sesión individual. En la tabla 13 se puede observar las fases y temáticas de todo el tratamiento multidisciplinar.

El equipo de psicólogos(as) se mantenía presente durante toda la sesión grupal y posteriormente cada uno tenía sesión individual con su paciente asignado. Por otro lado, cada semana se realizaba una reunión de todo el equipo terapéutico en el que se evaluaba lo tratado en la sesión pasada y se indicaba lo que se abordaría en la siguiente la sesión grupal e individual. De esta forma, el trabajo de la nutrióloga fue intervenir en la parte de los registros alimentarios, haciendo

observaciones en la planeación, compra y cambios en el consumo de alimentos a lo largo de todo el tratamiento, con el fin de impactar en la mejora de los hábitos alimentarios de las pacientes y así mejorar su relación con la comida. La médica del deporte auxilió en las sesiones sobre comorbilidades médicas y complicaciones del trastorno, de este modo, se dio a cada paciente indicaciones pertinentes de acuerdo con su estado de salud y de la actividad física recomendada (tabla 13):

Tabla 13.

Sesiones de la Intervención Multidisciplinar

Fase del tratamiento	Sesión	Objetivo
Motivación al tratamiento	1. Psicoeducación y motivación	Dar psicoeducación sobre el trastorno y se da a conocer un panorama general del tratamiento.
	2. Responsabilizándome de mis emociones	Introducir las emociones y el manejo de éstas en diferentes situaciones.
	3. Nutriéndome sanamente	Comer de manera planeada y estructurada para evitar el ciclo de la restricción-atracón.
	4. Planeando mi alimentación	Reestructurar la compra y organización de los alimentos.
Trabajo en diferentes temáticas clínicas	5. ¿Quién soy yo?	Comprender la importancia de conocerse así mismo.
	6. Actividad física	Conocer la importancia de la actividad física en la vida diaria.
	7. Liberándome de mi pasado	Trabajar con emociones y situaciones del pasado.
	8. Autoestima	Trabajar con autoestima y que el participante se de cuenta de sus fortalezas.
	9. Fortalezas y debilidades	Trabajar con autoestima y que el participante se de cuenta de sus fortalezas.
	10. Imagen corporal	Trabajar con los aspectos positivos de los participantes y los estándares de belleza.
	11. Imagen corporal	Trabajar en reconciliarse consigo mismo y aceptar el propio cuerpo.
	12. Beneficios de la actividad física	Monitorear la actividad física y los ejercicios que se realizan en casa.
	13. Peticiones y solución de conflictos	Solucionar problemas y conflictos de manera asertiva.
	14. ¿Quién soy y a dónde voy?	Revisar las herramientas que se han trabajado a lo largo del tratamiento.
	15. Regulación emocional	Conocer y utilizar diversas estrategias de regulación emocional.
	16. Ser hombre y ser mujer	Analizar el rol de ser hombre y ser mujer en la sociedad actual.
	17. Evaluando mi peso	Revisar gráficas de peso de cada participante a lo largo del tratamiento.
	18. Duelos	Dar a conocer qué es un duelo y su proceso.

	19. Pérdidas y duelos	Trabajar sobre la experiencia de pérdida y su elaboración.
	20. Despedidas	Explicar el proceso de elaboración de duelo y su trabajo individual.
	21. Heridas emocionales	Conocer las heridas emocionales y su diferencia con el trauma emocional.
	22. Heridas emocionales	Conocer las heridas emocionales y su diferencia con el trauma emocional.
	23. Resiliencia	Analizar qué es la resiliencia y su aplicación en diferentes situaciones de la vida.
	24. Maternidad y paternidad	Explicar la relación de los padres con los hijos a través de la maternidad y paternidad.
Prevención de recaídas	25. Prevención de recaídas	Explicar qué es una caída y recaída y formas de afrontarlas.
	26. Un nuevo estilo de vida	Elaborar un plan de vida con las herramientas revisadas en el tratamiento.
	27. Preparándome para el futuro	Realizar un plan de cierre y seguimiento de lo revisado en el tratamiento.
	28. Despedida del tratamiento	Hacer un cierre del tratamiento.

Análisis Estadístico

Dado el pequeño tamaño de la muestra se utilizaron pruebas no paramétricas, se recurrió a la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para comparar las diferencias anteriores y posteriores dentro del grupo. Para observar los cambios en las medidas del pre-post test y seguimiento se recurrió a la prueba de Friedman que es un método estadístico que se utiliza cuando las poblaciones a comparar sean claramente asimétricas, se cumplió que todas lo sean en la misma dirección y que la varianza sea homogénea. Además, para evaluar las diferencias a nivel individual se realizó el análisis de cambio clínico objetivo. Todos los datos fueron analizados a través de SPSS versión 27.

Análisis de Resultados

Los resultados de la presente investigación se plantearon de acuerdo con los siguientes objetivos terapéuticos: 1) Sintomatología de atracón 2) Sintomatología de ansiedad y depresión 4) Inteligencia emocional y 5) Peso, alimentación y actividad física. A continuación, se presentan los resultados de los 10 participantes que terminaron el tratamiento y que completaron los seguimientos realizados a los dos y seis meses respectivamente.

Pre-evaluación

1) Sintomatología de atracón

En la tabla 14 se puede observar los resultados de acuerdo con nivel de severidad de la sintomatología de atracón alimentaria, que se calculó con las puntuaciones totales del BES y del QEWP-R al inicio del tratamiento. Los participantes obtuvieron en promedio una puntuación de 30.70 (D.E= 5.44), según el instrumento el 80% tuvo una sintomatología severa. De acuerdo con los resultados del QEWP-R el total de los participantes durante los últimos 3 meses comió mucho más que la mayoría de la gente, el 80% comió una cantidad grande en un periodo corto de tiempo, el 60% mencionó que no podía controlar su forma de comer, el 40% tuvo entre 4 y 7 atracones a la semana, Dentro de las características que señalaron al presentar los atracones, el 70% comió hasta sentirse incómodamente lleno(a), y también comió grandes cantidades de alimento sin sentir hambre.

Tabla 14.

Pre evaluación de la sintomatología de atracón medida con el BES y QEWP-R.

Nivel de severidad	Sexo	Pre N=10		
		Porcentaje	Media	D.E
Escala de atracón alimentario (BES)				
- Leve (0-17 puntos)	-	-		
- Moderado (18-26 puntos)	2 mujeres	2 (20%)	30.70	5.44
- Severa (27> puntos)	2 hombres 6 mujeres	8 (80%)		
Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QEWP-R)			8.30	1.947
1) Durante los pasados 3 meses, alguna vez comió más que la mayoría de la gente	8 mujeres 2 hombres	(100%)		

1.1) Comió una cantidad realmente grande de alimento en un periodo corto de tiempo (2 horas o menos)	7 mujeres 1 hombres	(80%)
2) Sintió que no podía controlar qué o cuánto estaba comiendo	5 mujeres 1 hombre	(60%)
3) Durante los pasados 3 meses: Comió una cantidad realmente grande de alimento con la sensación de que su alimentación estaba fuera de control ¿Qué tan a menudo sucede esto?		
a) Menos de una vez por semana	2 mujeres	(20%)
b) 1 vez por semana	-	-
c) 2 a 3 veces por semana	3 mujeres 1 hombre	(40%)
d) 4 a 7 veces por semana	3 mujeres 1 hombre	(40%)
e) 8 a 13 veces por semana	-	-
f) 14 o más veces por semana	-	-
4) Cuando comió una gran cantidad de comida y no pudo controlar su alimentación:		
a) Comió mucho más rápido de lo normal.	4 mujeres 1 hombre	(50%)
b) Comió hasta sentirse incómodamente lleno.	5 mujeres 2 hombre	(70%)
c) Comió grandes cantidades de alimento, sin hambre.	5 mujeres 2 hombre	(70%)
d) Comió a solas por sentirse avergonzado.	4 mujeres 2 hombre	(60%)
e) Sentirse mal consigo mismo.	4 mujeres 1 hombre	(50%)
5) Malestar después de comer.		
a) Moderadamente mal	1 mujer	(10%)
b) Muy mal	2 mujeres	(20%)
c) Totalmente mal	5 mujeres 2 hombres	(70%)
6) Malestar por no poder para de comer/ no poder controlar		
a) Moderadamente mal	1 mujer	(10%)
b) Muy mal	2 mujeres 1 hombre	(30%)
c) Totalmente mal	5 mujeres 1 hombre	(60%)

2) Sintomatología de ansiedad y depresión

En cuanto a la variable de sintomatología de ansiedad que fue medida con el BAI, los participantes obtuvieron un promedio en la puntuación total de 28.70 (D.E=12.32), de tal manera que el 80% de la muestra tuvo sintomatología grave. Con relación a los resultados de la sintomatología de depresión que se midió con el BDI a partir de las puntuaciones totales, se calculó una media de 23.00 (D.E=8.09), puntuando el 80% con depresión moderada. En la tabla 15 se puede apreciar los niveles de sintomatología tanto de ansiedad como de depresión al inicio del tratamiento.

Tabla 15.*Pre evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión.*

Pre N=10				
Nivel de severidad	Sexo	Frecuencia	Media	D.E
Ansiedad (BAI)				
- Mínimo (0-7 puntos)	1 hombre	(10%)	28.70	12.32
- Leve (8-15 puntos)	1 mujer	(10%)		
- Moderado (16-25 puntos)	-	-		
- Severo (26-63 puntos)	1 hombre 7 mujeres	(80%)		
Depresión (BDI)				
- Mínima (0-9 puntos)	-	-	23.00	8.09
- Leve (10-16 puntos)	-	-		
- Moderado (17-29 puntos)	1 hombre 7 mujeres	(80%)		
- Severo (30-63 puntos)	1 hombre 1 mujer	(20%)		

3) Inteligencia emocional

En la variable de inteligencia emocional que se midió a partir del TMMS-24, se calcularon las puntuaciones en hombres y mujeres y observar en los factores lo siguiente: en el primer factor que fue atención emocional tanto hombres como mujeres puntuaron adecuadamente (rango mujeres 25-35, hombres 22-32); en el segundo factor que fue comprensión emocional (rango mujeres 24-34, hombres 26-35) ambos sexos puntuaron por debajo de lo esperado, es decir tanto hombres como mujeres tienen baja conciencia de sus emociones, y en el tercer factor que fue regulación emocional (rango mujeres 24-34, hombres 24-25), las mujeres puntuaron por debajo de lo esperado, por lo que deben de mejorar su regulación y los hombres puntuaron por arriba, esto quiere decir que los varones tuvieron una excelente regulación emocional (tabla 16).

Tabla 16.*Pre evaluación de inteligencia emocional medida con el TMMS-24 según el sexo.*

Pre N=10			
Factor	Sexo	Media	D.E
Atención	Mujer	27.75	7.42
	Hombre	29	1.41
Claridad	Mujer	21.63	6.90
	Hombre	23.50	0.70
Regulación	Mujer	22.13	5.05
	Hombre	28	7.07

4) Peso inicial, hábitos alimentarios y actividad física

Peso inicial

El peso inicial promedio fue de 102 kg con un rango de 75 kg a 180 kg, en cuanto al IMC se pudo apreciar que el promedio fue de 41.91, todos los participantes estuvieron dentro de la clasificación de obesidad a continuación se muestra una tabla dividiendo a los participantes según el sexo (tabla 17) y el peso inicial del total de los pacientes (figura 8).

Tabla 17.

Peso e IMC inicial

	Mujeres	Hombres
Peso (kg)	96.12 (22.73)	161 (26.87)
Clasificación IMC		
- Obesidad I	4 (50%)	-
- Obesidad II	1 (12%)	-
- Obesidad III	3 (38%)	2 (100%)

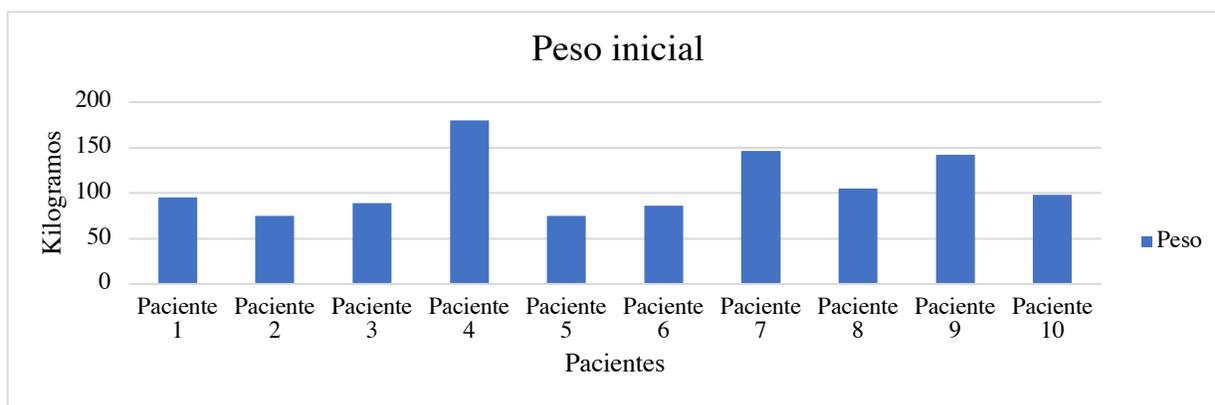


Figura 8. Peso corporal inicial de los participantes

Alimentación

Al inicio del tratamiento los hábitos alimentarios fueron registrados en el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos por tiempo de comida. En la tabla 18 se presentan los resultados de la frecuencia semanal de consumo de los participantes en la pre evaluación. Se dividió por tiempos de comida y grupo de alimentos. Se observó que en los tres tiempos de comida el tipo de alimento que predominó fueron los cereales y tuberculos (pan, pastas galletas, tortilla, camote, betabel, palomitas) y los alimentos de origen animal (carne de pollo, cerdo, res, pescado, queso, embutidos). Se observó poco consumo de verduras y frutas sobretodo en la cena.

Tabla 18.

Frecuencia de alimentos al inicio del tratamiento medido con el cuestionario de frecuencia de consumo.

Pre N=10		
Frecuencia semanal de consumo de los participantes		
Tiempo de comida	Grupo de alimentos	Inicio
Desayuno	Verduras y Hortalizas	3
	Frutas	4
	Cereales	8
	Alimentos de origen animal	5
	Aceites y grasas	5
	Azúcares	4
	Frituras	1
Comida	Verduras y Hortalizas	6
	Frutas	0
	Cereales	9
	Alimentos de origen animal	9
	Aceites y grasas	7
	Azúcares	6
	Frituras	2
Cena	Verduras y Hortalizas	1
	Frutas	0
	Cereales	6
	Alimentos de origen animal	5
	Aceites y grasas	4
	Azúcares	4
	Frituras	1

Actividad física

En cuanto la actividad física al inicio de la intervención ninguno de los participantes realizaba ejercicio o alguna otra actividad recreativa. Tres de los participantes tuvieron antecedentes en la infancia de realizar algún ejercicio encaminado a la reducción de peso.

Pre- post evaluación

1) Sintomatología de atracón

A continuación se muestra los resultados de la evaluación pre-post tratamiento de los participantes. Los análisis estadísticos se realizaron con la prueba de rangos de Wilcoxon. En la figura 9 y tabla 19, se puede apreciar que hubo una disminución estadísticamente significativa de la pre a la post evaluación en la sintomatología de atracón medida, por lo que, después de haber finalizado la intervención, los participantes ya no presentaron sintomatología de atracón alimentario.

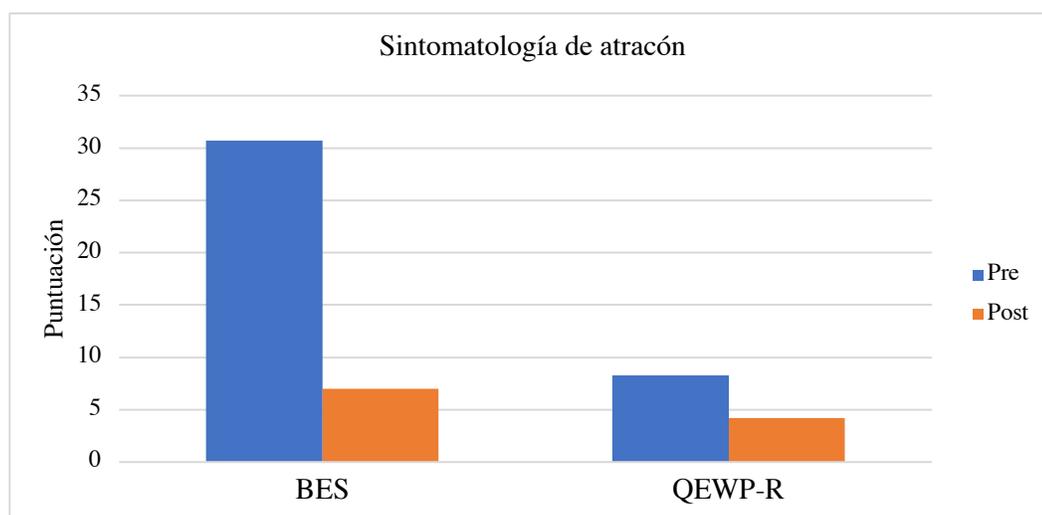


Figura 9. Post evaluación sintomatología atracón alimentaria medidos con el BES y QEWP

Tabla 19.

Post evaluación sintomatología atracón alimentaria medidos con el BES y QEWP

N=10				
	Pre M (D.E)	Post M (D.E)	Z	P
BES	30.70 (4.87)	7.00 (8.51)	2.80	.005*
QEWP-R	8.30 (1.94)	4.2 (2.89)	2.31	.021*

2) Sintomatología de ansiedad y depresión

Con relación a los resultados de la sintomatología de ansiedad se observó una disminución estadísticamente significativa ($z=2.80$; $p=.05$) en las puntuaciones totales medidas con el BAI ya que después de la intervención los participantes presentaron sintomatología leve. Asimismo, en la sintomatología de depresión fue notoria reducción la cual también fue estadísticamente significativa ($z=2.80$; $p=.05$). Lo anterior se puede observar en la figura 10 y la tabla 20.

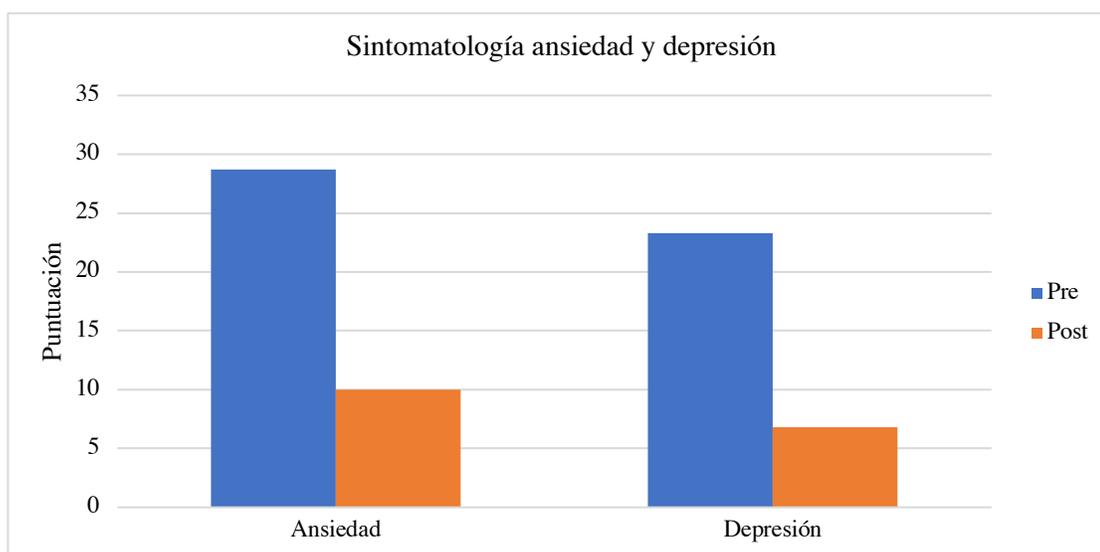


Figura 10. Pre-post evaluación sintomatología de ansiedad y depresión

Tabla 20.

Pre-post evaluación de la sintomatología de ansiedad y depresión.

	N=10		z	p
	Pre Media (D.E)	Post Media (D.E)		
Ansiedad (BAI)	28.70 (12.23)	10.00 (11.43)	2.80	.005*
Depresión (BDI)	23.30 (8.09)	6.80 (10.85)	2.80	.005*

3) Inteligencia emocional

Respecto a los resultados de Inteligencia emocional medida con el TMMS-24, como se puede apreciar en la tabla 19 hubo un cambio estadísticamente significativo en los factores de claridad ($z=2.24$, $p=.02$) y regulación ($z=2.17$, $p=.03$) en las mujeres, mientras que en los hombres no hubo cambios después de la intervención debido a que anteriormente ya presentaban niveles adecuados en estos factores.

Tabla 21.

Pre-post evaluación de la inteligencia emocional medida con el TMMS-24.

		N=10			
Factor	Sexo	Pre	Post	z	P
Atención	Mujer	27.75 (7.42)	26.25 (6.49)	.49	.62
	Hombre	29 (1.41)	26 (5.65)	1.00	.31
Claridad	Mujer	21.63 (6.90)	31.87 (7.45)	2.24	.02*
	Hombre	23.50 (0.70)	21.50 (2.12)	1.00	.31
Regulación	Mujer	22.13 (5.05)	31.87 (7.45)	2.17	.03*
	Hombre	28 (7.07)	28.50 (6.36)	1.00	.31

4) Peso, hábitos alimentarios y actividad física

Peso pre-post evaluación

Como se puede observar en la figura 11 la mayoría de los pacientes tuvo una reducción de entre 1 y 8 kilos después de la intervención.

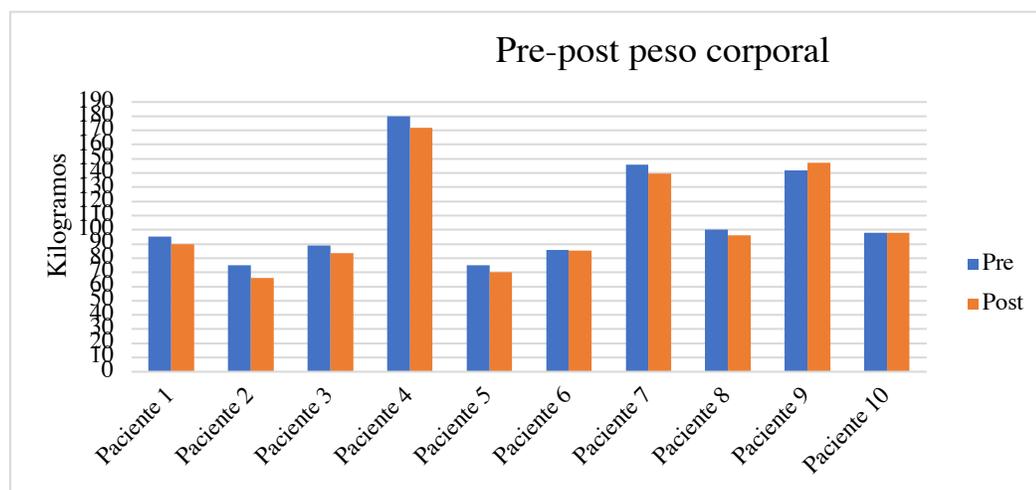


Figura 11. Pre-post evaluación del peso corporal

Alimentación

Al final del tratamiento los cambios en la alimentación fueron registrados en el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos por tiempo de comida. En la tabla 22 se presentan los resultados de la frecuencia semanal de consumo de los participantes al final del tratamiento. Se dividió por tiempos de comida y grupo de alimentos. En el desayuno y la comida se observó una disminución del consumo de cereales y tuberculos, así como de azúcares. La ingesta de alimentos de origen animal se mantuvo. Se observó un aumento del consumo de verduras, hortalizas y frutas en los tres tiempos de comida.

Tabla 22.

Pre post evaluación de la alimentación de los participantes medida con el cuestionario de consumo de alimentos por tiempo de comida.

Post N=10			
Frecuencia semanal de consumo de los participantes			
Tiempo de comida	Grupo de alimentos	Inicio	Final
Desayuno	Verduras y Hortalizas	3	10
	Frutas	4	9
	Cereales	8	6
	Alimentos de origen animal	5	7
	Aceites y grasas	5	5
	Azúcares	4	2
	Frituras	1	0
Comida	Verduras y Hortalizas	6	8
	Frutas	0	4
	Cereales	9	8
	Alimentos de origen animal	9	9
	Aceites y grasas	7	6
	Azúcares	6	2
	Frituras	2	0
Cena	Verduras y Hortalizas	1	5
	Frutas	0	4
	Cereales	6	8
	Alimentos de origen animal	5	3
	Aceites y grasas	4	2
	Azúcares	4	0
	Frituras	1	0

Actividad física

En cuanto a la actividad física se observó que cada uno de ellos incorporó ésta actividad con un rango de 2 a 7 días a la semana, entre los ejercicios que realizaron fue la caminata, baile o actividad recreativa dentro de casa con intensidad leve a moderada con una duración de entre 10 a 40 minutos adecuándolo a su propio ritmo (Ver figura 12).

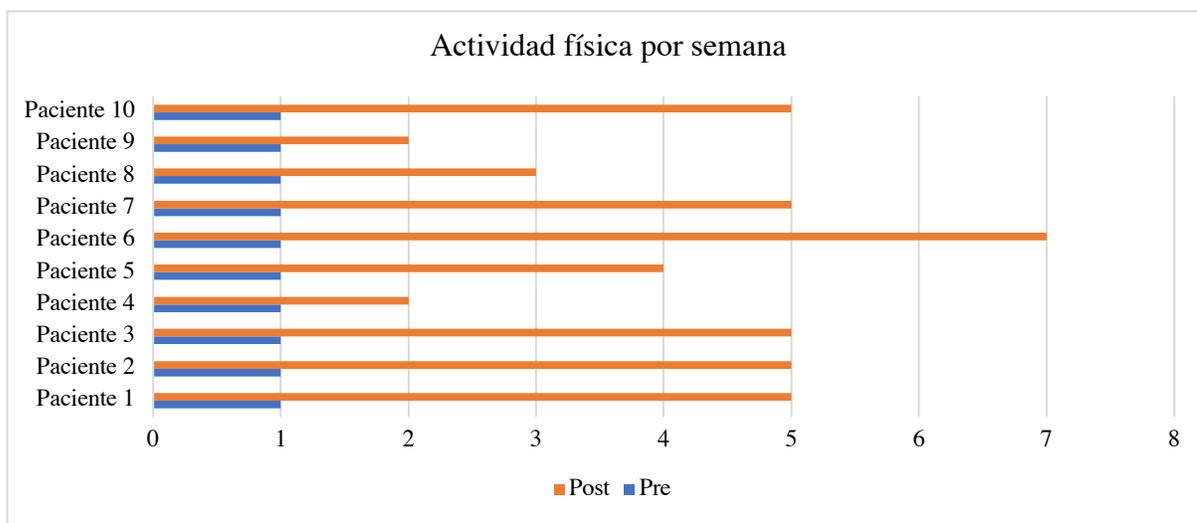


Figura 12. Post evaluación de la actividad física de los participantes

La siguiente persona mencionó *“el ejercicio ayudó a reducir mi estrés, me duele menos la espalda y los pies, ayudo más en casa y en el trabajo”*. Otro ejemplo es el dado por la siguiente participante *“hago ejercicio al menos 4 veces por semana. Todo ello me hace sentir súper bien. Con energía y mejor actitud. Ahora soy una mujer más segura y fortalecida”*

Primer y segundo seguimiento

1) Sintomatología de atracón alimentario

A continuación, se presentan los resultados del primer y segundo seguimiento realizados a los dos y seis meses después de haber finalizado la intervención multidisciplinar. Para este análisis se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman. Como se observa en la tabla 23 y la figura 13 se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la pre evaluación al segundo seguimiento tanto en el BES ($x^2=15.57$; $p=.001$) como en el QEWP-R ($x^2=13.58$; $p=.004$).

Tabla 23.

Resultados sintomatología alimentaria del al primer y segundo seguimiento.

	N=10				x ²	P
	Pre (N=10)	Post (N=10)	1er seg (N=10)	2do seg (N=8)		
BES	M (D.E) 32.13 (4.224)	M (D.E) 7.5 (9.33)	M (D.E) 9.12 (6.91)	M (D.E) 9.12 (4.79)	15.57	.001*
QEWP-R	8.38 (1.92)	3.5 (2.32)	4.75 (2.76)	4.37 (3.02)	13.58	.004*

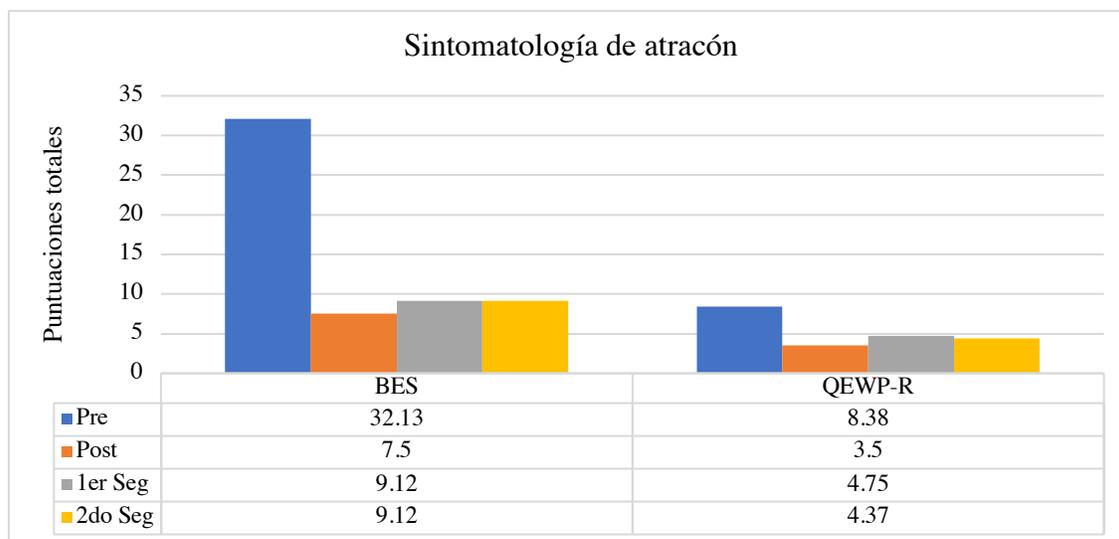


Figura 13. Resultados de sintomatología de atracón del segundo seguimiento

La siguiente paciente menciona los siguientes cambios en su alimentación después del tratamiento multidisciplinar “Ya no le tengo miedo a la comida, la relación con ella está cambiando. Planeo la despensa, planeo mi comida, como más verduras y frutas. Ya no he tenido atracón, tengo estrategias cuando sé que viene, pienso el por qué y me hace sentirme así y lo evito. Sé que es el principio de un proceso, de un estilo nuevo de vida. Estoy realizando ejercicio, camino en lugar de usar transporte, me compré una bicicleta”.

Sintomatología de ansiedad y depresión

Se realizó un seguimiento a los dos y seis meses para evaluar la sintomatología de ansiedad se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman. Como se observa en la tabla 24 y en la figura 14 se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la pre evaluación al segundo seguimiento en la ansiedad, asimismo en la sintomatología de depresión se presentaron

diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=15.03$; $p=.002$), de esta forma se puede observar que los cambios se mantuvieron en los seguimientos.

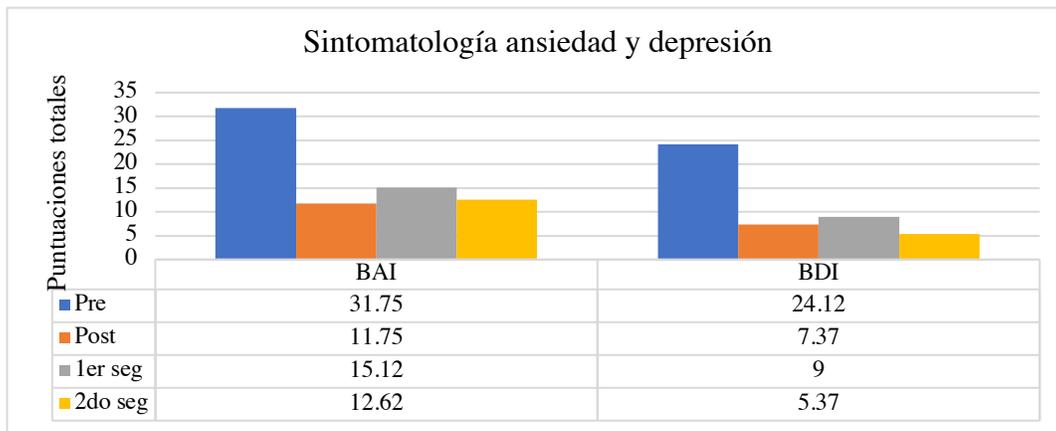


Figura 14. Resultados de sintomatología de ansiedad y depresión para el segundo seguimiento.

Tabla 24.

Resultados de la pre evaluación al seguimiento de las variables intervenidas

	N=10				X ²	p
	Pre (N=10)	Post (N=10)	1er seg (N=10)	2do seg (N=8)		
	M (D.E)	M (D.E)	M (D.E)	M (D.E)		
Ansiedad (BAI)	31.75 (10.20)	11.75 (12.25)	15.12 (10.56)	12.62 (5.75)	15.96	.001*
Depresión (BDI)	24.12 (8.95)	7.37 (12.08)	9.00 (7.81)	5.37 (3.29)	15.03	.002*

2) Inteligencia emocional

Para evaluar los factores de inteligencia emocional medida con el TMMS-24 se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman. Como se observa en la tabla 25 se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la pre evaluación al segundo seguimiento se continuó observando cambios únicamente en los factores de claridad ($\chi^2=9.80$; $p=.008$) y regulación ($\chi^2=8.06$; $p=.01$) en las mujeres mientras que en los hombres no hubo cambios significativos.

Tabla 25.*Resultados inteligencia emocional del primer y segundo seguimiento.*

		N=10				x ²	p
Factor	Sexo	Pre (N=10)	Post (N=10)	1er Seg N=10)	2do seg (N=8)		
Atención	Mujer	28 (7.97)	25.14 (6.14)	25.75 (6.04)	26.87 (6.92)	2.72	.43
	Hombre	29 (1.41)	26 (5.65)	27 (5.65)	27.31 (6.08)	1.31	.36
Claridad	Mujer	21.57 (7.45)	29.75 (7.22)	26.75 (6.20)	29.25 (7.00)	11.60	.010*
	Hombre	23.50 (0.70)	21.50 (2.12)	29.50 (7.77)	29.75 (6.00)	4.10	.44
Regulación	Mujer	22 (5.44)	30.72 (6.75)	27.37 (6.86)	26.75 (5.80)	7.75	.05*
	Hombre	28 (7.07)	28.50 (6.36)	24.00 (7.07)	24.75 (5.14)	.28	.86

Un ejemplo de mejoría en la inteligencia emocional después de la intervención multidisciplinar es el dado por la siguiente participante “El tratamiento *me ayudó a quererme más, a no presionarme, a aprender que todo lleva su tiempo, a comprender mis sentimientos y a hacerme responsable de mi, a valorar lo que hago por y para mi*”.

3) **Peso, hábitos alimentarios y actividad física**

Peso

En cuanto al peso en el primer seguimiento la mayoría de los participantes se mantuvieron en el peso mismo peso, sin embargo, hubo quienes continuaron con la pérdida de peso, observándose hasta 4 kilos de reducción. En el segundo seguimiento todos los participantes se mantuvieron con su peso dos participantes perdieron ambos cuatro kilos (Ver figura 15).

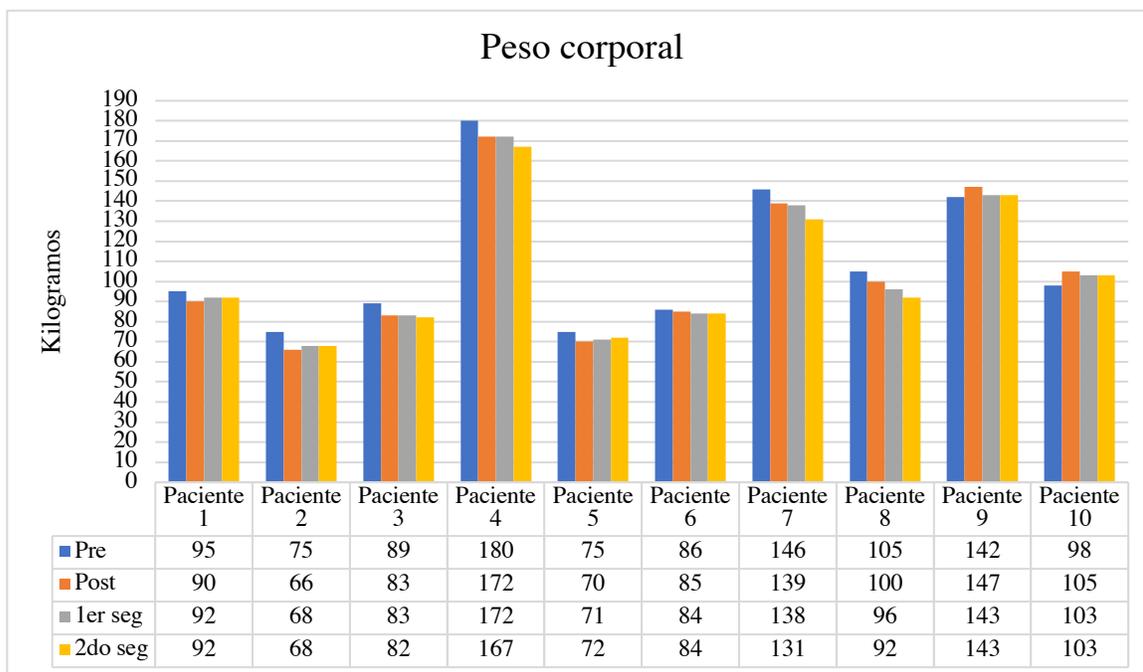


Figura 15. Seguimientos del peso de los participantes

Alimentación

En la tabla 26 se presentan los resultados de la frecuencia semanal de consumo de los participantes evaluado en el primer y segundo seguimiento. Se observó que no se mantuvo la una disminución del consumo de cereales y tuberculos pero si continuó la reducción de la ingesta de azúcares. La ingesta de alimentos de origen animal se mantuvo tanto en el primer como en el segundo seguimiento. Se observó constante el aumento del consumo de verduras, hortalizas sobre todo en el desayuno y la comida, sin embargo, disminuyó la ingesta de frutas en los tres tiempos de comida.

Tabla 26.

1er y 2do seguimiento de la alimentación de los participantes medida con el cuestionario de consumo de alimentos por tiempo de comida.

Seguimientos N=10					
Frecuencia semanal de consumo de los participantes					
Tiempo de comida	Grupo de alimentos	Inicio	Final	1er Seg	2do seg
Desayuno	Verduras y Hortalizas	3	10	10	9
	Frutas	4	9	7	5
	Cereales	8	6	7	8
	Alimentos de origen animal	5	7	6	7
	Aceites y grasas	5	5	6	5
	Azúcares	4	2	3	2
	Frituras	1	0	0	0
Comida	Verduras y Hortalizas	6	8	7	9
	Frutas	0	4	2	3
	Cereales	9	8	9	6
	Alimentos de origen animal	9	9	9	8
	Aceites y grasas	7	6	7	3
	Azúcares	6	2	1	3
	Frituras	2	0	1	0
Cena	Verduras y Hortalizas	1	5	3	1
	Frutas	0	4	2	3
	Cereales	6	8	8	8
	Alimentos de origen animal	5	3	3	3
	Aceites y grasas	4	2	2	3
	Azúcares	4	0	1	1
	Frituras	1	0	0	0

Actividad física

Con relación a la actividad física, algunos pacientes mencionaron disminuir la frecuencia de ejercicio, reduciendo la actividad a dos o tres días, con una duración de 10 a 30 minutos, con intensidad de leve a moderado. Entre las actividades que continuaron realizando fue: caminata, baile y yoga (Ver figura 16).

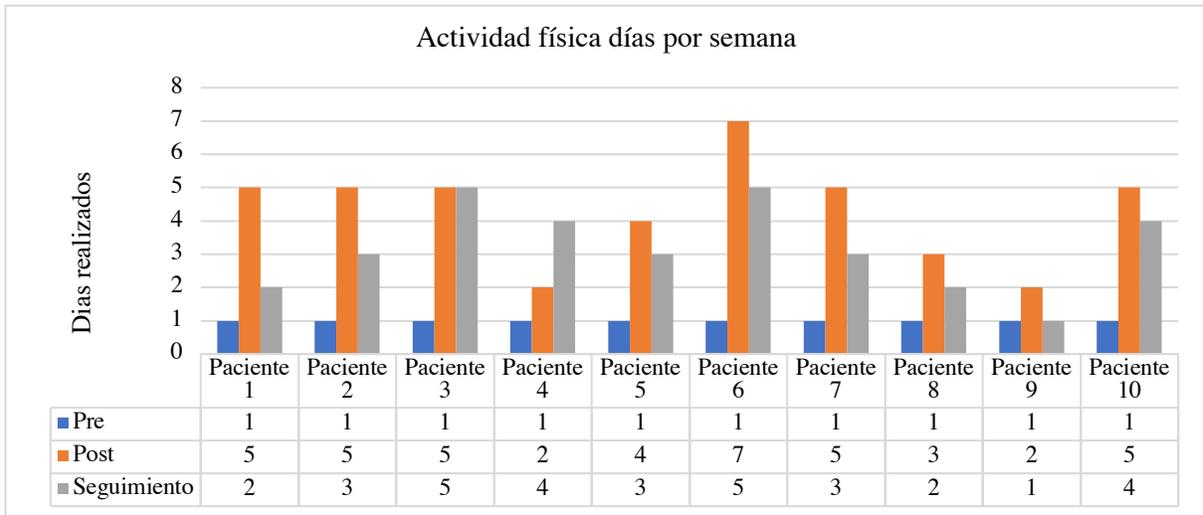


Figura 16. Seguimiento de la actividad física en los participantes

Cambio Clínico Objetivo

Para conocer las diferencias a nivel individual después de terminada la intervención multidisciplinaria, se analizó cada caso obteniendo el índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO). Se considera un cambio clínico significativo cuando es mayor a 20%, es necesario considerar que dependiendo del sentido de los datos puede indicar un deterioro o mejoría clínica (Cardiel, 1994).

Como se puede observar en la tabla 27, todos los participantes obtuvieron un cambio positivo mayor al 65% en la sintomatología de atracón, en cuanto a la sintomatología de ansiedad también hubo cambios entre 40 y 90% en los participantes, de igual forma en la variable de depresión de 88 a 72%. En cuanto a la inteligencia emocional hubo cambios positivos en seis pacientes en el factor atención de entre 27 y 44%, asimismo, en la claridad emocional, se observó cambios en ocho participantes de entre 47% y 100%, por últimos en regulación emocional hubo cambios positivos en ocho pacientes entre 21 y 100%.

Tabla 27.

Cambio clínico objetivo observado entre las diferencias variables intervenidas

Participante	Escala	CCO Pre-Post	CCO Pre-Seg1	CCO Pre- Seg 2
	Sintomatología de atracón	94%	71%	58%
	Sintomatología de ansiedad	78%	41%	44%
	Sintomatología de depresión	72%	67%	61%

1	Atención emocional	15%	10%	15%
	Claridad emocional	47%	21%	42%
	Regulación emocional	68%	47%	74%
	Peso corporal (kg)	95kg	92kg	92kg
2	Sintomatología de atracón	82%	64%	82%
	Sintomatología de ansiedad	54%	57%	70%
	Sintomatología de depresión	68%	21%	53%
	Atención emocional	27%	18%	9%
	Claridad emocional	47%	40%	33%
	Regulación emocional	20%	32%	24%
	Peso corporal (kg)	75 kg	68kg	68kg
3	Sintomatología de atracón	79%	85%	58%
	Sintomatología de ansiedad	82%	65%	88%
	Sintomatología de depresión	88%	100%	100%
	Atención emocional	22%	8%	11%
	Claridad emocional	100%	78%	100%
	Regulación emocional	100%	47%	84%
	Peso corporal (kg)	89kg	83kg	82kg
4	Sintomatología de atracón	17%	39%	67%
	Sintomatología de ansiedad	9%	9%	55%
	Sintomatología de depresión	12%	50%	76%
	Atención emocional	0%	3%	23%
	Claridad emocional	0%	52%	0%
	Regulación emocional	0%	42%	15%
	Peso corporal (kg)	180kg	172kg	167kg
5	Sintomatología de atracón	91%	88%	81%
	Sintomatología de ansiedad	74%	65%	39%
	Sintomatología de depresión	88%	29%	65%
	Atención emocional	3%	3%	13%
	Claridad emocional	54%	12%	19%
	Regulación emocional	15%	0%	39%
	Peso corporal (kg)	75kg	71kg	72kg
6	Sintomatología de atracón	87%	78%	70%
	Sintomatología de ansiedad	78%	83%	61%
	Sintomatología de depresión	86%	90%	86%
	Atención emocional	44%	34%	22%
	Claridad emocional	20%	20%	7%
	Regulación emocional	14%	19%	43%
	Peso corporal (kg)	86kg	84kg	84kg
7	Sintomatología de atracón	95%	97%	97%
	Sintomatología de ansiedad	97%	62%	72%
	Sintomatología de depresión	97%	55%	88%
	Atención emocional	16%	11%	27%
	Claridad emocional	6%	3%	29%
	Regulación emocional	50%	25%	25%
	Peso corporal (kg)	146kg	138kg	131kg
8	Sintomatología de atracón	78%	53%	56%
	Sintomatología de ansiedad	36%	27%	27%
	Sintomatología de depresión	89%	94%	78%

	Atención emocional	67%	17%	67%
	Claridad emocional	10%	50%	100%
	Regulación emocional	94%	35%	41%
	Peso corporal (kg)	105kg	96kg	92kg
9	Sintomatología de atracón	67%	67%	67%
	Sintomatología de ansiedad	60%	80%	66%
	Sintomatología de depresión	58%	58%	73%
	Atención emocional	21%	18%	10%
	Claridad emocional	17%	0%	16%
	Regulación emocional	4%	26%	13%
	Peso corporal (kg)	142kg	143kg	143kg
10	Sintomatología de atracón	96%	96%	91%
	Sintomatología de ansiedad	86%	75%	71%
	Sintomatología de depresión	95%	76%	71%
	Atención emocional	31%	8%	23%
	Claridad emocional	82%	82%	90%
	Regulación emocional	74%	74%	65%
	Peso corporal (kg)	98kg	103kg	103kg

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinar en línea en pacientes con TpA. Considerando que la mayoría de los participantes fueron mujeres, podemos decir, que de acuerdo a la literatura, ellas tienen más probabilidades de pedir ayuda para un trastorno alimentario a pesar de que existen tasas similares de TpA por sexo (Kessler et al., 2013). Además, se ha observado que en los hombres existe menor conciencia de las psicopatologías alimentarias y mayor reticencia a buscar tratamiento para un trastorno que posiblemente consideren “femenino” (Velázquez López et al., 2018). Por lo que fue una gran oportunidad para los hombres inscritos acceder al tratamiento ya que comprendieron su psicopatología y como influía en su forma de comer.

Es importante mencionar que se contó con varones y que fueron los que presentaron mayor psicopatología emocional y alimentaria, por lo que es significativo su incorporación a más programas de tratamiento ya que, a pesar de que el TpA es comúnmente reportado en hombres (2.5% en hombres frente a 3.0% en mujeres) ellos están subrepresentados en estudios clínicos de tratamiento (Keski-Rahkonen, 2021; Velázquez et al., 2018). En este sentido, dos estudios comunitarios han encontrado pocas diferencias en el deterioro físico y psicosocial de acuerdo al sexo, con relación a la sintomatología de atracón (Coffino et al., 2019; Mitchison et al., 2015). Por lo tanto, es necesario continuar implementando estrategias para lograr que más varones acudan y se mantengan durante

todo el proceso que implica el tratamiento. En nuestro estudio los dos varones pudieron completar el tratamiento observando buena efectividad y una mejora en su calidad de vida, de esta forma al finalizar la intervención disminuyeron la sintomatología de TpA, depresión y ansiedad, sin embargo, en otros componentes como la inteligencia emocional aún continuaron, sin reconocer algunos disparadores emocionales por lo que valdría la pena agregar más sesiones para varones en este rubro.

Por otro lado, es necesario señalar que se observó un abandono del 30% de los participantes durante el tratamiento. Según una revisión realizada por Aardom et al. (2013), el promedio de abandonos de tratamientos en línea es de 29%, por lo que nuestro estudio estuvo dentro de la media. Se ha demostrado que al medir la adherencia de los pacientes (participación en el programa, atención al tiempo dedicado a una sesión, intercambio escrito con el terapeuta, entrega de las tareas) se puede prevenir los abandonos en los programas basados en Internet para TpA, por lo tanto, la adherencia debe ser monitoreada y fomentada durante el programa (Puls et al., 2020). Por lo que sería importante considerarlo en futuras investigaciones para advertir sobre los posibles abandonos de los participantes.

Los pacientes al inicio del tratamiento mostraron una sintomatología severa, posteriormente se observó un cambio clínico positivo del 94 al 67% que perduró hasta el segundo seguimiento realizado. Este resultado es importante porque de acuerdo a la literatura los eventos de vida estresantes como el bullying, los abusos en la infancia, conflictos familiares entre otros, pueden ser desencadenantes del TpA (Goldschmidt et al., 2014) por lo que podemos decir que un aspecto central del TpA fue disminuido y concuerda con dos estudios considerados efectivos, realizados también en línea; el primero basado en la TCC se disminuyeron los episodios de atracón de forma significativa (Jensen et al., 2020); en el segundo, se observó una reducción en la frecuencia de atracones que perduró en los seguimientos realizados (Wyssen et al., 2021), en ambos estudios también se utilizó registros alimentarios y la alianza con el terapeuta fue importante para que los pacientes estuvieran motivados para continuar con el tratamiento.

En cuanto a la sintomatología de depresión y ansiedad al inicio del tratamiento se observó una tendencia moderada. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios que muestran que más de la mitad de los pacientes con TpA que completan un tratamiento en línea sufren de sintomatología de ansiedad y depresión, sobretodo se ha observado que la depresión es una comorbilidad que es recurrente en los varones con trastornos alimentarios (Ulfvebrand et al., 2015). Tanto la sintomatología de ansiedad como depresión, son aspectos que se han señalado en la literatura como

síntomas clínicos en el TpA (Yim et al., 2021). Algunos estudios mencionan que los pacientes con menos comorbilidades reaccionan mejor a los tratamientos en línea (Munsch., 2019; Taylor et al., 2021). En este sentido, fue alentador observar que las disminuciones significativas en estas variables clínicas se mantuvieron en los seguimientos.

En cuanto a la inteligencia emocional se observó que hubo mejoras en los factores de claridad y regulación emocional únicamente en las mujeres, mientras que la variable de atención emocional no tuvo modificaciones ya que desde un inicio tanto mujeres como hombres mostraban puntuaciones adecuadas. Algunos autores (Dingemans et al., 2017; Hazzard et al., 2020) han proporcionado evidencia de que las personas con TpA son menos capaces de manejar las emociones o usan estrategias de regulación más disfuncionales como reprimir las emociones o utilizar el atracón como una forma de estrategia emocional maladaptativa frente a situaciones sociales estresantes. En los hombres existe dificultad para reconocer las emociones (Hilbert, 2019). Dado lo anterior, en nuestros pacientes varones hubo limitantes para la autoconciencia emocional desde un inicio al no contestar de forma adecuada el instrumento, por lo que no se logró medir cuantitativamente su progreso, sin embargo, a lo largo de las sesiones se observó que comenzaron a ser conscientes de sí mismos, de las situaciones que disparaban sus episodios de atracón y esto ayudó a que mejorara su forma de comer, así como su relación con los demás.

Respecto al peso corporal en los participantes del estudio, hubo una reducción de entre 3 y 15 kilos. Es importante señalar que el objetivo principal del tratamiento no sólo fue la reducción del peso corporal, sino las problemáticas alimentarias de cada paciente y que ello tendría una clara repercusión en su peso corporal, por la menor frecuencia de los atracones, por lo que fue alentador encontrar esta reducción. La disminución y el mantenimiento del peso corporal como punto de efectividad en los tratamientos de TpA es un punto que se está discutiendo, ya que se ha observado en algunas intervenciones una mejora en la calidad de vida y las variables psicológicas asociadas, sin disminución en el peso corporal. Recientemente, se ha examinado que en los formatos multidisciplinarios, es decir, al combinar la parte psicológica, nutricional y de actividad física existe una reducción de peso corporal y también una mayor eficacia en la mejora de psicopatología alimentaria (Compare et al., 2013; Galasso et al., 2020; Melissa et al., 2020).

En cuanto a la alimentación, se observó que en un inicio los participantes consumía gran cantidad de cereales, frituras y azúcares y no había frutas ni verduras en casa, por lo que después de la intervención se redujo la ingesta de frituras y azúcares y se logró la introducción de las verduras,

hortalizas y frutas, incluso algunos pacientes se involucraron en la preparación de los alimentos en casa. Es importante que los pacientes con TpA aprendan a alimentarse y poder variar su alimentación, por lo que fue indispensable la participación de la nutrióloga. De esta manera, en una revisión de la literatura se resaltó que la intervención combinada producía un mayor impacto en el tratamiento ya que ayuda a que los participantes tengan más variedad de comidas y una mejoría en la sintomatología alimentaria en comparación con las intervenciones que únicamente son psicológicas o dietéticas (McMaster et al., 2021). En este sentido, se resaltó el trabajo multidisciplinar el cual impactó notablemente en la mejoría de los pacientes no solo en su forma de comer sino también en su relación con la comida y su calidad de vida.

Con relación a la actividad física al inicio del tratamiento los pacientes no hacían ninguna actividad física, al final de la intervención observamos que la introdujeron de tres a cuatro veces a la semana. En este sentido, las intervenciones con actividad física han demostrado ser prometedoras para mejorar la salud física (Blanchet et al., 2018), los síntomas alimentarios, como la disminución de los atracones, además de la mejoría del estado de ánimo (Wons et al., 2021). En nuestro tratamiento en línea, se pudo observar que la actividad física tuvo un impacto tanto en la alimentación como en la parte emocional y en el bienestar de cada uno de los pacientes.

Finalmente, se necesita mayor evidencia para evaluar este tipo de intervenciones en línea en formatos multidisciplinarios, comparándolas con las intervenciones presenciales, así como estudiar sus efectos sobre los participantes y también evaluar los cambios al realizar el tratamiento de forma virtual, añadiendo aplicaciones tecnológicas y otros componentes que podrían facilitar la intervención. Además, es necesario guiar a los profesionales de la salud para que estos programas en línea tengan una mayor eficacia y puedan ser replicados tanto en el campo clínico como en la investigación.

Los hallazgos del presente estudio tienen algunas limitaciones. En cuanto a los abandonos hizo falta mayor monitoreo de los pacientes a lo largo del tratamiento para evaluar la motivación a la intervención y poder prevenir los abandonos. Por otro lado, el número de participantes fue pequeño, lo que resulta en un poder limitado para generalizar nuestros resultados. Otra limitante fue que los hallazgos en la variable de inteligencia emocional no fueron tan eficientes como se esperaba sobretodo en los varones, ya que no se logró medir su progreso a lo largo del tratamiento por lo que la evaluación de los cambios se dificultó, por lo que esto es un área de oportunidad para futuras intervenciones dado el papel tan importante que juegan las emociones en el TpA. Otra limitante fue

el no poder medir antropométricamente a los pacientes y únicamente tener como referencia el peso y el IMC, ya que son medidas que posiblemente nos hayan restringido para observar si hubo un mayor impacto sobre los participantes tanto en la salud física como nutricional.

Entre las fortalezas del estudio, hasta donde tenemos conocimiento, este es de los primeros estudios multidisciplinarios en línea realizado con pacientes con TpA en México. Este estudio, da un paso adelante en la evaluación de la eficacia de los formatos multidisciplinarios en línea para pacientes con esta psicopatología. Además, el uso de la tecnología permitió una buena adherencia en los participantes, ayudando en la realización de las tareas terapéuticas. Asimismo, el equipo colaborativo permitió abordar diversas problemáticas del trastorno, profundizando en su tratamiento. Finalmente, los periodos de seguimiento ayudaron a obtener más información y evidencia sobre los efectos a medio y largo plazo de la intervención.

CONCLUSIONES

Este tratamiento multidisciplinario demostró ser eficaz sobre los objetivos clínicos planteados: sintomatología de atracón, sintomatología de ansiedad y depresión, mejoría de inteligencia emocional, hábitos alimentarios, peso corporal y actividad física.

Se demostró que trabajar con un equipo multidisciplinario de tratamiento para coordinar la atención de un paciente con TpA es una forma de dar una intervención integral y de calidad. Cada integrante en el equipo jugó un papel fundamental en la recuperación de los pacientes. Debido a que los trastornos alimentarios son psicopatologías psiquiátricas con complicaciones médicas y nutricionales, se comprobó que este tipo de intervención es la óptima y eficaz para los pacientes con estos trastornos.

Asimismo, el tratamiento llevado en línea fue exitoso debido a la colaboración y disposición de los integrantes del equipo a reunirse semanalmente para hablar sobre el cuidado y seguimiento de los participantes. Además, el monitoreo de la salud física y mental, por medio de los registros y tareas terapéuticas fue esencial para valorar la evolución de los pacientes.

La principal fortaleza de este estudio fue el trabajo multidisciplinario y su seguimiento en línea esto impactó en las diferentes variables trabajadas. Se observaron diferencias entre hombres y mujeres,

en ellas hubo un mayor impacto respecto a los resultados en la inteligencia emocional por lo que es necesario continuar reforzando este componente.

Los hallazgos de la intervención son significativos ya que es uno de los primeros estudios de tratamiento en TpA en línea realizados en México por lo que es importante darle difusión y seguimiento. En estudios futuros se debe buscar mediadores y moderadores para mejorar la eficacia de los programas de tratamiento para TpA.

VIII.REFERENCIAS

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 539-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22135>
- Aguilar, X. L., & Díaz, J. M. M. (s. f.). *Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: Un estudio exploratorio*. 5, 8.
- Ahmadiankalati, M., Steins-Loeber, S., & Paslakis, G. (2020). Review of Randomized Controlled Trials Using e-Health Interventions for Patients With Eating Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 568. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00568>
- Almeida, L., Savoy, S., & Boxer, P. (2011). The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*, 67(3), 278-292. <https://doi.org/10.1002/jclp.20749>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 43-50. <https://doi.org/10.1002/eat.20897>
- Baile, J. I. (2014). Trastorno por atracón, el nuevo trastorno delcomportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142,138--139.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13

- Birmingham, C.L. & Firoz, T. (2006). Rumination in eating disorders: Literature review. *Eating Weight Disorders*, 11, e85-e89.
- Blanchet, C., Mathieu, M. È., St-Laurent, A., Fecteau, S., St-Amour, N., & Drapeau, V. (2018). A Systematic Review of Physical Activity Interventions in Individuals with Binge Eating Disorders. *Current obesity reports*, 7(1), 76–88. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0295-x>
- Blomquist, K. K., & Grilo, C. M. (2015a). Family histories of anxiety in overweight men and women with binge eating disorder: A preliminary investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.007>
- Blume, M., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2019). Executive Functioning in Obesity, Food Addiction, and Binge-Eating Disorder. *Nutrients*, 11(1), Art. 1. <https://doi.org/10.3390/nu11010054>
- Brechan, I., & Kvalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: mediating role of self-esteem and depression. *Eating behaviors*, 17, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Brown, K. L., LaRose, J. G., & Mezuk, B. (2018). The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality. *BMC Psychiatry*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1766-z>
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). [Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population]. *L'Encephale*, 42(5), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>
- Bulik, C., Yilmaz, Z., & HArday, A. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, 131. <https://doi.org/10.2147/AGG.S55776>
- Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2019). Processes and pathways to binge eating: development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of eating disorders*, 7, 18. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>
- Brunault, P., Gaillard, P., Ballon, N., Couet, C., Isnard, P., Cook, S., Delbachian, I., Réveillère, C., & Courtois, R. (2016). [Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population]. *L'Encephale*, 42(5), 426-433. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 219-226. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>
- Carriere, C., Michel, G., Féart, C., Pelly, H., Onorato, O., Barat, P., & Thibault, H. (2019). Relationships between emotional disorders, personality dimensions, and binge eating disorder in French obese adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 26(3), 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.02.008>

- Carr, M. M., Lydecker, J. A., White, M. A., & Grilo, C. M. (2019). Examining physical activity and correlates in adults with healthy weight, overweight/obesity, or binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 52(2), 159–165. <https://doi.org/10.1002/eat.23003>
- Carter, J. C., Kenny, T. E., Singleton, C., Van Wijk, M., & Heath, O. (2020). Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *The International journal of eating disorders*, 53(3), 451–460. <https://doi.org/10.1002/eat.23208>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 10, 165–173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Cella, S., Fei, L., D'Amico, R., Giardiello, C., Allaria, A., & Cotrufo, P. (2019). Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates. *Open Medicine*, 14(1), 407-415. <https://doi.org/10.1515/med-2019-0043>
- Cena, H., Vandoni, M., Magenes, V. C., Di Napoli, I., Marin, L., Baldassarre, P., Luzzi, A., De Pasquale, F., Zuccotti, G., & Calcaterra, V. (2022). Benefits of Exercise in Multidisciplinary Treatment of Binge Eating Disorder in Adolescents with Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8300. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148300>
- Citrome, L. (2019). Binge eating disorder revisited: What's new, what's different, what's next. *CNS Spectrums*, 24(S1), 4-12. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001032>
- Chao, A. M., Wadden, T. A., Faulconbridge, L. F., Sarwer, D. B., Webb, V. L., Shaw, J. A., Thomas, J. G., Hopkins, C. M., Bakizada, Z. M., Alamuddin, N., & Williams, N. N. (2016). Binge-eating disorder and the outcome of bariatric surgery in a prospective, observational study: Two-year results. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 24(11), 2327–2333. <https://doi.org/10.1002/oby.21648>
- Cheng, Z. H., Perko, V. L., Fuller-Marashi, L., Gau, J. M., & Stice, E. (2019). Ethnic differences in eating disorder prevalence, risk factors, and predictive effects of risk factors among young women. *Eating behaviors*, 32, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.11.004>
- Coffino, J. A., Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Rates of Help-Seeking in US Adults With Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence Across Diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race. *Mayo Clinic proceedings*, 94(8), 1415–1426. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.02.030>
- Colles, S. L., Dixon, J. B., & O'Brien, P. E. (2008). Grazing and Loss of Control Related to Eating: Two High-risk Factors Following Bariatric Surgery. *Obesity*, 16(3), 615-622.

<https://doi.org/10.1038/oby.2007.101>

- Compare, A., Calugi, S., Marchesini, G., Shonin, E., Grossi, E., Molinari, E., & Dalle Grave, R. (2013). Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*, 71, 361-368.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.007>
- Constantino, M., & Smith-Hansen, L. (2008). Patient interpersonal factors and the therapeutic alliance in two treatments for bulimia nervosa. *Psychotherapy Research*, 18(6), 683-698.
<https://doi.org/10.1080/10503300802183702>
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: An overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (São Paulo)*, 14(2), 235-277.
<https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- Crandall, J., Eisenman, P., Ransdell, L., Reel, J. (2011). Exploring Binge Eating and Physical Activity among Community-Dwelling Women. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 1, 1-8. doi: 10.5923/j.ijpbs.20110101.01.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015a). Binge eating disorder: Analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015b). Binge eating disorder: Analysis and treatment. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, 134(6), 807-828. <https://doi.org/10.1037/a0013341>
- Davis C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*; 20:522–529
- Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Shekelle, P. G. (2016). Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*, 315(2), 150–163. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.1811>
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Jiang, H., Raizman, P. S., Wolk, S., Mayer, L., Carino, J., Bellace, D., Kamenetz, C., Dobrow, I., & Walsh, B. T. (2005). Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine as Adjuncts to Group Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. *Obesity Research*, 13(6), 1077-1088. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.126>
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Liu, L., & Walsh, B. T. (2007). Cognitive Behavioral Therapy and Fluoxetine for Binge Eating Disorder: Two-year Follow-up*. *Obesity*, 15(7), 1702-1709.
<https://doi.org/10.1038/oby.2007.203>
- Dezhkam, M., Moloodi, R., Mootabi, F., & Omidvar, N. (2009). Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian Obese Population. 5.

- De Giuseppe, R., Di Napoli, I., Porri, D & Cena, H. (2019). Pediatric Obesity and Eating Disorders Symptoms: The Role of the Multidisciplinary Treatment. A Systematic Review. *Front. Pediatr.* 7:123. doi: 10.3389/fped.2019.00123
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Duchesne, M., de Oliveira Falcone, E.M., de Freitas, S.R., D'Augustin J.F., Marinho, V., & Appolinario, J.C. (2012). Assessment of interpersonal skills in obese women with binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 17(7):1065-1075. doi:10.1177/1359105311432326
- Eldredge, K. L., Locke, K. D., & Horowitz, L. M. (1998). Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 23(4), 383-389.
- Erskine, H., & Whiteford, H. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry: N 31* 462-470 doi: 10.1097/YCO.0000000000000449
- Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., & Baños, R. M. (2019). The Binge Eating Scale: Structural Equation Competitive Models, Invariance Measurement Between Sexes, and Relationships With Food Addiction, Impulsivity, Binge Drinking, and Body Mass Index. *Frontiers in Psychology*, 10, 530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00530>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 198(1), 8–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083881>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2010). Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay men, lesbians, and bisexuals. *Psychiatry research*, 180(2-3), 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.013>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Frayn, M., Fojtu, C., & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 40(12), 6249-6258. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
- Freitas, S. R., Lopes, C. S., Appolinario, J. C., & Coutinho, W. (2006). The assessment of binge eating

disorder in obese women: a comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Eating behaviors*, 7(3), 282–289.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.09.002>

Galasso, L., Montaruli, A., Jankowski, K. S., Bruno, E., Castelli, L., Mulè, A., Chiorazzo, M., Ricceri, A., Erzegovesi, S., Caumo, A., Roveda, E., & Esposito, F. (2020). Binge Eating Disorder: What Is the Role of Physical Activity Associated with Dietary and Psychological Treatment? *Nutrients*, 12(12), 3622. <https://doi.org/10.3390/nu1212362>

Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with Binge Eating Disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309–313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Golay, A., Laurent-Jaccard, A., Habicht, F., Gachoud, J.-P., Chabloz, M., Kammer, A., & Schutz, Y. (2005). Effect of Orlistat in Obese Patients with Binge Eating Disorder. *Obesity Research*, 13(10), 1701-1708. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.208>

Goldschmidt, A. B., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Lavender, J. M., Peterson, C. B., Crow, S. J., Cao, L., & Mitchell, J. E. (2014). Ecological momentary assessment of stressful events and negative affect in bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 30–39.

Goodpaster, B. H., Delany, J. P., Otto, A. D., Kuller, L., Vockley, J., South-Paul, J. E., Thomas, S. B., Brown, J., McTigue, K., Hames, K. C., Lang, W., & Jakicic, J. M. (2010). Effects of diet and physical activity interventions on weight loss and cardiometabolic risk factors in severely obese adults: a randomized trial. *JAMA*, 304(16), 1795–1802. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1505>

Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body image*, 9(3), 352–357. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.04.001>

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)

Goossens, L., Braet, C., Verbeken, S., Veerle, M.A., & Bosmans, G. (2011). Longterm outcome of pediatric eating pathology and predictors for the onset of loss of control over eating following weight-loss treatment. *Int J Eat Disord*. 44:397–405. doi: 10.1002/eat.20848

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (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*, 69(2), 317-322. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.317>

- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), 1509-1525. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.010>
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2012). Significance of overvaluation of shape and weight in an ethnically diverse sample of obese patients with binge-eating disorder in primary care settings. *Behaviour research and therapy*, 50(5), 298–303. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.008>
- Grilo, C. M., & White, M. A. (2013). Orlistat with behavioral weight loss for obesity with versus without binge eating disorder: Randomized placebo-controlled trial at a community mental health center serving educationally and economically disadvantaged Latino/as. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3), 167-175. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.002>
- Grupski, A. E., Hood, M. M., Hall, B. J., Azarbad, L., Fitzpatrick, S. L., & Corsica, J. A. (2013). Examining the Binge Eating Scale in screening for binge eating disorder in bariatric surgery candidates. *Obesity Surgery*, 23(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0537-4>
- Guerdjikova, A. I., McElroy, S. L., Kotwal, R., & Keck, P. E. (2007). Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(1), e19-e23. <https://doi.org/10.1007/BF03327777>
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2017). Binge Eating Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(2), 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.003>
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 669-680. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.003>
- Guisado, Juan A., & Vaz, Francisco J.. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32. Recuperado en 09 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100003&lng=es&tlng=es.
- Harrison, C., Mond, J., Rieger, E., & Rodgers, B. (2015). Generic and eating disorder-specific impairment in binge eating disorder with and without overvaluation of weight or shape. *Behaviour research and therapy*, 72, 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.002>
- Hartmann, A.S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 1499-1508
- Hay P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>

- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24-29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hazzard, V. M., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Schaefer, L. M., Smith, K. E., Engel, S. G., Crow, S. J., & Wonderlich, S. A. (2020). Predictors of treatment response durability in psychotherapy for binge-eating disorder: Examining the roles of self-discrepancy, self-directed style, and emotion dysregulation. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1918-1927. <https://doi.org/10.1002/eat.23389>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Pilar Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hilbert A. (2019). Binge-Eating Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 53(9), 1353–1376. <https://doi.org/10.1002/eat.23297>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., Walsh, B. T., & Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Hood, M. M., Grupski, A. E., Hall, B. J., Ivan, I., & Corsica, J. (2013). Factor structure and predictive utility of the Binge Eating Scale in bariatric surgery candidates. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 9(6), 942–948.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current psychiatry reports*, 14(4), 432-446. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0277-8>
- Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Contardi, A., Continisio, M., Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., & Fabbriatore, M. (2016). Factor Structure of the Binge Eating Scale in a Large Sample of Obese and Overweight Patients Attending Low Energy Diet Therapy: Psychometric Properties of the Binge Eating Scale. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 174-178. <https://doi.org/10.1002/erv.2384>
- Jensen, E. S., Linnet, J., Holmberg, T. T., Tarp, K., Nielsen, J. H., & Lichtenstein, M. B. (2020). Effectiveness of internet-based guided self-help for binge-eating disorder and characteristics of completers versus noncompleters. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2026-2031. <https://doi.org/10.1002/eat.23384>
- Jowik, K., Dutkiewicz, A., Słopeń, A., & Tyszkiewicz- Nwafor, M. (2020). A multi-perspective analysis of

- dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for Binge Eating Disorder. *Psychiatria Polska*, 54(2), 223-238. <https://doi.org/10.12740/PP/105502>
- Joy, E. A., Wilson, C., & Varechok, S. (2003). The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. *Current sports medicine reports*, 2(6), 331–336. <https://doi.org/10.1249/00149619-200312000-00009>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), Art. 3. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Karam, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2019). Interpersonal Psychotherapy and the Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 205-218. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating behaviors*, 15(2), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kinasz, K., Accurso, E. C., Kass, A. E., & Le Grange, D. (2016). Does Sex Matter in the Clinical Presentation of Eating Disorders in Youth?. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 58(4), 410–416. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.005>
- Kittel, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2015). Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 535-554. <https://doi.org/10.1002/eat.22419>

- Kober, H., & Boswell, R. G. (2018). Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 60, 32-44.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.004>
- Kunas, S. L., Lautenbacher, L. M., Lueken, P. U., & Hilbert, K. (2021). Psychological Predictors of Cognitive-Behavioral Therapy Outcomes for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of affective disorders*, 278, 614–626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.092>
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Regier, D. A. (2013). DSM-5—The future arrived. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 309(16), 1691–1692. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2298>
- Lebow, J., Sim, L. A., & Kransdorf, L. N. (2015). Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(1), 19–24.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.00>
- Lewer, M., Kosfelder, J., Michalak, J., Schroeder, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2017). Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: A pilot study. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0174-y>
- Linardon J. (2018). Rates of abstinence following psychological or behavioral treatments for binge-eating disorder: Meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 51(8), 785–797.
<https://doi.org/10.1002/eat.22897>
- Linardon, J., Fuller-Tyszkiewicz, M., de la Piedad Garcia, X., Messer, M., & Brennan, L. (2019). Do body checking and avoidance behaviours explain variance in disordered eating beyond attitudinal measures of body image?. *Eating behaviors*, 32, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.11.001>
- Linardon, J., Gleeson, J., Yap, K., Murphy, K., & Brennan, L. (2019). Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: implications for eating disorder prevention. *Cognitive behaviour therapy*, 48(1), 15–38.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1517389>
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5, 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Livhits, M., Mercado, C., Yermilov, I., Parikh, J. A., Dutson, E., Mehran, A., Ko, C. Y., & Gibbons, M. M. (2010). Exercise following bariatric surgery: systematic review. *Obesity surgery*, 20(5), 657–665.
<https://doi.org/10.1007/s11695-010-0096-0>
- López-Aguilar, X., Mancilla, J. M., Vazquez-Arevalo, R., Ocampo, M. T., Franco, K., & Alvarez-Rayón,

- G. L. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), Art. 1.
<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.1.20407>
- Lydecker, J. A., Gueorguieva, R., Masheb, R., White, M. A., & Grilo, C. M. (2020). Examining sex as a predictor and moderator of treatment outcomes for binge-eating disorder: Analysis of aggregated randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 20-30.
<https://doi.org/10a.1002/eat.2316>
- Marchesini, G., Cuzzolaro, M., Mannucci, E. et al. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *Int J Obes* 28, 1456–1462
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802741>
- Martínez-Ávila, M. (2021). Análisis factorial confirmatorio: un modelo de gestión del conocimiento en la universidad pública. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 53 (23) e305. <https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1103>
- Mason, T. B., Crosby, R. D., Kolotkin, R. L., Grilo, C. M., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2017). Correlates of weight-related quality of life among individuals with binge eating disorder before and after cognitive behavioral therapy. *Eating Behaviors*, 27, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.08.001>
- Masson, P. C., von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Safer, D. L. (2013). A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(11), 723–728. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.001>
- Mathisen, T. F., Bratland-Sanda, S., Rosenvinge, J. H., Friberg, O., Pettersen, G., Vrabel, K. A., & Sundgot-Borgen, J. (2018). Treatment effects on compulsive exercise and physical activity in eating disorders. *Journal of eating disorders*, 6, 43. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0215-1>
- Mayhew, A. J., Pigeyre, M., Couturier, J., & Meyre, D. (2018). An Evolutionary Genetic Perspective of Eating Disorders. *Neuroendocrinology*, 106(3), 292-306. <https://doi.org/10.1159/000484525>
- McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., Munoz, M. R., & Keck, P. E. (2015). Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS Spectrums*, 20(6), 546-556.
<https://doi.org/10.1017/S1092852915000759>
- McMaster, C. M., Wade, T., Franklin, J., & Hart, S. (2021). A review of treatment manuals for adults with an eating disorder: nutrition content and consistency with current dietetic evidence. *Eating and weight disorders : EWD*, 26(1), 47–60. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00850-6>
- Medina-Tepal, K. A., Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., & Mancilla-Díaz, J. M. (2021). Conductas asociadas a los trastornos de pica, rumiación y evitación/restricción de alimentos en adolescentes. *Psicología y Salud*, 31(2), 203-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2689>

- Melissa, R., Lama, M., Laurence, K., Sylvie, B., Jeanne, D., Odile, V., & Nathalie, G. (2020). Physical Activity in Eating Disorders: A Systematic Review. *Nutrients*, 12(1), 183.
<https://doi.org/10.3390/nu12010183>
- Mina, A., Hallit, S., Rogoza, R., Obeid, S., & Soufia, M. (2021). Binge eating behavior in a sample of Lebanese Adolescents: Correlates and Binge Eating Scale validation. *Journal of Eating Disorders*, 9, 134. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00493-7>
- Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: A narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y>
- Mond, J. M., Myers, T. C., Crosby, R. D., Hay, P. J., & Mitchell, J. E. (2010). Bulimic Eating Disorders in Primary Care: Hidden Morbidity Still? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 56-63. <https://doi.org/10.1007/s10880-009-9180-9>
- Moore, C.J., Bell, L.K., Miller, J., Damarell, R.A., Matwiejczyk, L., & Miller, M.D. (2017). A systematic review of community-based interventions for the treatment of adolescents with overweight and obesity. *Obes Rev*. 19:698–715. doi: 10.1111/obr.12660
- Morales A, et al. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psiquiat*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.006>
- Mourilhe, C., Moraes, C. E. de, Veiga, G. da, Q da Luz, F., Pompeu, A., Nazar, B. P., Coutinho, E. S. F., Hay, P., & Appolinario, J. C. (2021). An evaluation of binge eating characteristics in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 162, 105176.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105176>
- Moustafa, A.F., Quigley, K.M., Wadden, T.A., Berkowitz, R.I., & Chao, A.M. (2021) A Systematic Review of Binge Eating, Loss of Control Eating, and Weight Loss in Children and Adolescents. *Obesity*, 29, 1259–1271. [CrossRef]
- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 102-113.
<https://doi.org/10.1002/eat.20350>
- Munsch, S., Forrer, F., Naas, A., Mueller, V., Rubo, M., Hannoun, F., & Mugellini, E. (2021). Correlates of interpersonal emotion regulation problems in Loss of Control eating (LOC) in youth: Study protocol of the combined online and App based questionnaire, laboratory and randomized controlled online intervention i-BEAT trial. *BMC Psychology*, 9(1), 193.
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00690-8>
- Mushquash, A. R., & McMahan, M. (2015). Dialectical behavior therapy skills training reduces binge

eating among patients seeking weight-management services: Preliminary evidence. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 415-418.

<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0177-0>

Nelson, E. L., Cain, S., & Sharp, S. (2017). Considerations for Conducting Telemental Health with Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(1), 77-91.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.07.008>

Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384:766–781.

Nicely, T.A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C.S. & Ornstein, R.M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/ restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(21), 2-8.

Nicholls, W., Devonport, T. J., & Blake, M. (2016). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Reviews*, 17(1), 30-42.

<https://doi.org/10.1111/obr.12329>

Nicoli, M. G., & Junior, R. D. R. L. (2011). Binge Eating Disorder and body image perception among university students. *Eating Behaviors*, 12(4), 284-288. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.07.004>

Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 349-359.

<https://doi.org/10.1002/eat.20376>

Oda-Montecinos, Camila, Saldaña, Carmina, Beyle, Christian, Andrés, Ana, Moya-Vergara, Rodrigo, & Véliz-García, Oscar. (2018). Insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios anómalos en una muestra comunitaria de adultos chilenos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(1), 57-70. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.1.479>

Oliveira, J. de, Colombarolli, M. S., Figueredo, L. S., & Cordás, T. A. (2021). Cognitive restraint directed at carbohydrates in individuals on low-carb diet with binge eating: The role of guilt about food cravings. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 19, eAO5599.

https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5599

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud— Volumen 1. *Organización Panamericana de la Salud*, 1(554), 344-345.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Transtornos mentales <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>

sheets/detail/mental-disorders

- Paans, N., Gibson-Smith, D., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. (2019). Depression and eating styles are independently associated with dietary intake. *Appetite*, 134, 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.030>
- Pacanowski, C. R., Linde, J. A., Faulconbridge, L. F., Coday, M., Safford, M. M., Chen, H., Yanovski, S. Z., Ewing, L. J., Wing, R., Jeffery, R. W., & The Look AHEAD Research Group. (2018). Psychological status and weight variability over eight years: Results from Look AHEAD. *Health Psychology*, 37(3), 238–246. <https://doi.org/10.1037/hea0000547>
- Palavras, M.A., Higa Kaio, G., Mari, J.J & Madeiros, Claudino A. (2011) A review of Latin American studies on binge eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr.*;33:S95–108.8
- Panattieri, S. (2020). *The treatment of binge-eating disorder*. Tesis doctoral
- Peterson, C. B., Engel, S. G., Crosby, R. D., Strauman, T., Smith, T. L., Klein, M., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Erickson, A., Cao, L., Bjorlie, K., & Wonderlich, S. A. (2020). Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders*, 53(9), 1418–1427. <https://doi.org/10.1002/eat.23324>
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M., & Costa, J. (2019). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology*, 24(4), 466-479. <https://doi.org/10.1177/1359105316676628>
- Póinhos, R., Franchini, B., Afonso, C., Correia, F., Teixeira, V.H, Moreira, P., et al. (2009) Alimentação e estilos de vida da po
- Puls, H. C., Schmidt, R., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H. C., ... Hilbert, A. (2020). Adherence as a predictor of dropout in internet-based guided self-help for adults with binge eating disorder and overweight or obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 53(4), 555–563. <https://doi.org/10.1002/eat.23220>
- Q da Luz, F., Hay, P., Wisniewski, L., Cordás, T., & Sainsbury, A. (2021). The treatment of binge eating disorder with cognitive behavior therapy and other therapies: An overview and clinical considerations. *Obesity Reviews*, 22(5). <https://doi.org/10.1111/obr.13180>
- Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2007). Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 165-170. <https://doi.org/10.1002/eat.20353>
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, A. R., & Machado, P. P. P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *European Eating Disorders*

Review: The Journal of the Eating Disorders Association, 22(3), 185-190.

<https://doi.org/10.1002/erv.2283>

Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.09.019>

Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>

Robert, S. A., Rohana, A. G., Suehazlyn, Z., Maniam, T., Azhar, S. S., & Azmi, K. N. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: A comparison with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 28. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-28>

Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L., & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter?. *Eating behaviors*, 18, 186–191.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.011>

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001a). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. En *Revista mexicana de psicología* (Vol. 18, Número 2). Publicada por la Sociedad Mexicana de Psicología

Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of health psychology*, 20(6), 887–898.

<https://doi.org/10.1177/1359105315580212>

Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.

<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.006>

Sarwer D. B. (2014). Decreasing readmission through psychological evaluation and treatment. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 10(3), 389–391. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.02.033>

Sarwer, D. B., Allison, K. C., Wadden, T. A., Ashare, R., Spitzer, J. C., McCuen-Wurst, C., LaGrotte, C., Williams, N. N., Edwards, M., Tewksbury, C., & Wu, J. (2019). Psychopathology, disordered eating, and impulsivity as predictors of outcomes of bariatric surgery. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 15(4), 650–655.

<https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.01.029>

- Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., & Voderholzer, U. (2020). Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic-Results from an online survey of former inpatients. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 847–854. <https://doi.org/10.1002/erv.2773>
- Schulte, E. M., Grilo, C. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical psychology review*, 44, 125-139. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.02.001>
- Sheehan, D. V., & Herman, B. K. (2015). The Psychological and Medical Factors Associated With Untreated Binge Eating Disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 17(2), 10.4088/PCC.14r01732. <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01732>
- Shingleton, R. M., Thompson-Brenner, H., Thompson, D. R., Pratt, E. M., & Franko, D. L. (2015). Gender differences in clinical trials of binge eating disorder: An analysis of aggregated data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 382-386. <https://doi.org/10.1037/a0038849>
- Slade, E., Keeney, E., Mavranzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(16), 2629–2636. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001071>
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Snook, S. C., & Gorsuch, R. L. (1989). Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study. *Psychological Bulletin*, 106(1), 148–154. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.1.148>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *The International journal of eating disorders*, 13(2), 137-153.
- Stevens, J. (1992). Applied Multivariate Statistics for the social sciences. *Journal of the American Statistical Association*, 63, 1-28
- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(1), 38-51. <https://doi.org/10.1037/abn0000219>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). (5th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001>

- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F.-A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological medicine*, 35(6), 907-917.
- Stunkard, A. J., & Sorensen, T. I. A. (1993). Obesity and Socioeconomic Status—A Complex Relation. *New England Journal of Medicine*, 329(14), 1036-1037.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199309303291411>
- Sturmeijer, P. & Williams, D.E. (2016) Epidemiology. En J. Matson (Ed.): Pica in individuals with developmental disabilities (pp.19-28). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-3-319-30798-5.
- Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D. E., Young, J. F., Mufson, L., Yanovski, S. Z., Glasofer, D. R., Salaita, C. G., & Schvey, N. A. (2010). A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 701-706. <https://doi.org/10.1002/eat.20773>
- Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_1), i3-i10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061-1065. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.69.6.1061>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Torun, Y., İçen, S., Gül, H., & Döğür, E. (2022). A cross-sectional study on the correlates of food addiction symptoms in adolescents seeking treatment for obesity: eating attitudes and gender differences, *Journal of Addictive Diseases*, 40:3, 326-335, DOI: 10.1080/10550887.2021.1990638
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345-354.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Vall, E. and Wade, T.D. (2015), Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Eat. Disord.*, 48: 946-971.
<https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Vancampfort, D., De Herdt, A., Vanderlinden, J., Lannoo, M., Soundy, A., Pieters, G., Adriaens, A., De

- Hert, M., & Probst, M. (2014). Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry research*, 216(1), 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.015>
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, A., Soundy, A., Adámkova, M Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., & Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa, *Disability and Rehabilitation*, 36:8, 628-634, DOI: 10.3109/09638288.2013.808271
- Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Diaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayon, G.L, Ocampo, Tellez-Giron M.T., & Mancilla Diaz, J.M. (2000). Eating disorders and associated factors in dance students. *Psicología Contemporánea*; 7, 56-65.
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E.(2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Anales de Psicología*, 33(3),755-782. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1675201903>
- Waller, G., Pugh, M., Mulkens, S., Moore, E., Mountford, V. A., Carter, J., Wicksteed, A., Maharaj, A., Wade, T. D., Wisniewski, L., Farrell, N. R., Raykos, B., Jorgensen, S., Evans, J., Thomas, J. J., Osenk, I., Paddock, C., Bohrer, B., Anderson, K., ... Smit, V. (2020). Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: Clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *International Journal of Eating Disorders*, April, 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.23289>
- Wang, S. B., Jones, P. J., Dreier, M., Elliott, H., & Grilo, C. M. (2019). Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder: A network analysis investigation. *Psychological Medicine*, 49(11), 1923-1928. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002702>
- Weissman, R. S., Bauer, S., & Thomas, J. J. (2020). Access to EVIDENCE-BASED care for eating disorders during the COVID -19 crisis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 639-646. <https://doi.org/10.1002/eat.23279>
- Wermuth, B. M., Davis, K. L., Hollister, L. E., & Stunkard, A. J. (1977). Phenytoin treatment of the binge-eating syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 134(11), 1249-1253. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.11.1249>
- Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H., & Bulik, C. M. (2012). Marital functioning and binge eating disorder in married women. *The International journal of eating disorders*, 45(3), 385–389. <https://doi.org/10.1002/eat.20935>

- Williamson, D. A., Anderson, D. A., Jackman, L. P., & Jackson, S. R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). Sage Publications, Inc.
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686.
<https://doi.org/10.1002/eat.20728>
- Wonderlich, S. A. (2015). *Integrative Cognitive Affective Therapy for Bulimia Nerviosa*.
- Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Peterson, C. B., Robinson, M. D., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Smith, T. L., Klein, M. H., Lysne, C. M., Crow, S. J., Strauman, T. J., & Simonich, H. K. (2008). Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: Two assessment studies. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 748-754. <https://doi.org/10.1002/eat.20551>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(03), 543-553. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001098>
- Wons, O. B., Michael, M. L., Lin, M., & Juarascio, A. S. (2021). Characterizing rates of physical activity in individuals with binge eating disorder using wearable sensor technologies and clinical interviews. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 29(2), 292-299.
<https://doi.org/10.1002/erv.2811>
- Wysen, A., Meyer, A. H., Messerli-Bürgy, N., Forrer, F., Vanhulst, P., Lalanne, D., & Munsch, S. (2021a). BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 937-954. <https://doi.org/10.1002/erv.2856>
- Yim, S. H., Spencer, L., Gordon, G., Allen, K. L., Musiat, P., & Schmidt, U. (2021). Views on online self-help programmes from people with eating disorders and their carers in UK. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_1), i88-i93. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab046>
- Zeidan, R. K., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., Hallit, S., & Obeid, S. (2019). Validation of the Arabic version of the binge eating scale and correlates of binge eating disorder among a sample of the Lebanese population. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 40.
<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0270-2>
- Zúñiga, O & Robles, R.(2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*.15:126-34

IX. ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Título del proyecto: Intervención psicológica en trastorno por atracón

Investigador principal: Mtra. Psic. Mariana Valdez Aguilar

Sede donde se realizará el estudio: Modalidad en línea (zoom)

Nombre del participante: _____

Se le invita a participar en esta investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o información que desee conocer. Su consentimiento para participar en la presente investigación se dará por entendido al firmar y recibir una copia de la presente forma.

Justificación del Estudio

El trastorno por atracón es el trastorno alimentario más frecuente entre la población por lo que es importante su tratamiento multidisciplinar, así como su intervención temprana para una mayor recuperación y calidad de vida.

Objetivo del Estudio

Evaluar la efectividad de la intervención a través de un enfoque Integrativo Cognitivo-Afectivo en pacientes con TPA.

Beneficios del Estudio

Entre los beneficios que va a recibir serán: reducción importante de emociones negativas, mejoría en hábitos alimentarios, además de aumentar los niveles generales de satisfacción en la vida en las relaciones interpersonales, mejoría en el nivel de autoconocimiento y consciencia. Este tratamiento contiene herramientas y técnicas concretas que ayudan a afrontar nuevas situaciones personales y sociales.

Procedimiento del Estudio

Describir las actividades que realizará el participante en las diferentes sesiones de trabajo que se llevarán a cabo en el estudio

La propuesta de intervención “Terapia Integrativa Cognitivo Afectiva” es un tratamiento psicoterapéutico que modifica las emociones y las relaciones interpersonales que tienen que ver con la conducta alimentaria de la persona. Debido a la contingencia sanitaria del COVID-19 que atraviesa el país, el tratamiento en estos momentos es totalmente en línea y se imparte a través de la plataforma zoom. Esta terapia consiste en 24 sesiones grupales de máximo 10 participantes por grupo que son

impartidas semanalmente y tienen una duración de una hora y media, algunas sesiones son individuales, dependiendo del tema que se aborde, por lo que cada participante tiene su terapeuta. Durante su participación en este tratamiento se le pedirá llenar una batería psicológica en varios momentos: al inicio y después de la intervención a 3 y 6 meses después de terminarlo esto como parte del seguimiento que se da a los participantes por lo que es necesario su compromiso a esta intervención.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio

Indicar si existe algún riesgo para la salud del participante. Además, señalar que los datos serán analizados estadísticamente y en conjunto con los de otros participantes, por lo que serán confidenciales y anónimos.

Observaciones:

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.

Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de la investigación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.

Su participación en la investigación no tiene costo económico.

En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

La información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.

Este estudio ha sido avalado por el el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinadora del Programa: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales (saracruz@posgrado.unam.mx, 56230222, ext. 80020).

Si desea mayor información sobre la naturaleza de la investigación, por favor comuníquese con Nombre del responsable, responsable de la investigación, escribir dirección, teléfono y correo electrónico.

Nota: En caso de que existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del participante al investigador, que le impida otorgar su consentimiento libre, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación. (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud 02-02-2014).

Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____, comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o representante Legal

Fecha

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Fecha

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Fecha

Investigador responsable:

He explicado a _____ en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

Carta de Revocación del Consentimiento

Título del proyecto: Escribir título

Investigador Principal: Nombre completo

Lugar donde se realiza el estudio: Escribir los lugares a donde debe acudir el participante.

Nombre del participante: Nombre completo

Por este medio deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación por las siguientes razones:

Firma del participante o representante Legal

Fecha

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Fecha

Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Fecha

ANEXO 2. REGISTRO DIARIO DE ALIMENTOS

Nombre:

Peso:

Fecha:

	Hora	Alimentos	Bebidas	Lugar, emociones
Desayuno				
Almuerzo				
Comida				
Merienda				
Cena				
Ejercicio (Tipo, duración)				