

Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo

Binge Eating Disorder: a comprehensive look at the psychosocial factors involved in its development

Neli ESCANDÓN-NAGEL, Génesis GARRIDO-RUBILAR

Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile.

Recibido: 15/noviembre/2020. Aceptado: 5/diciembre/2020.

RESUMEN

Introducción: el Trastorno por Atracón (TA) es habitual en obesidad y en quienes buscan tratamiento para bajar de peso, aunque también puede presentarse en personas con peso normal. En el desarrollo y mantenimiento de este cuadro psicopatológico interfieren distintos factores psicológicos y sociales que es relevante tener en cuenta para su abordaje.

Objetivo: este artículo tiene por objetivo proponer una perspectiva integral de esta problemática, que considera estos distintos elementos psicosociales implicados, considerando también las consecuencias que acarrea este problema.

Metodología: se realiza una revisión narrativa de antecedentes teóricos y empíricos a fin de generar un modelo comprensivo de TA.

Resultados: para contextualizar, se comienza describiendo el TA y ofreciendo cifras de prevalencia, para posteriormente presentar factores de riesgo, la relación de la enfermedad con la salud mental y algunas de sus consecuencias. A partir de todo esto se presenta el modelo que sintetiza toda esta información.

Discusión: en el desarrollo de TA influyen factores internos y externos que es necesario tener presentes al momento de realizar diagnóstico e intervención para este trastorno.

Conclusión: es relevante que los distintos profesionales de la salud implicados en el abordaje de la obesidad y la nutrición en general, como médicos, nutricionistas y psicólogos, mantengan una mirada atenta al posible diagnóstico de TA, adoptando una comprensión compleja del fenómeno, a fin de favorecer la efectividad de su intervención.

PALABRAS CLAVES

Obesidad; Trastorno por Atracón; Factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Binge Eating Disorder is common in obesity and in those people seeking treatment to lose weight, although it can also occur in people with normal weight. There are different psychological and social factors that influence Binge Eating Disorder, and consequently it is relevant to analyse them for a proper treatment approach.

Objective: this article aims to propose a comprehensive perspective of this problem, considering not only the different psychosocial elements involved, but also the analysis of the consequences of the Binge Eating Disorder.

Methods: a narrative review of theoretical and empirical background is carried out in order to generate a comprehensive model of Binge Eating Disorder.

Results: to contextualize, we begin by describing the Binge Eating Disorder and specifically prevalence figures, to later present risk factors, the relationship of the disease with mental health and some of its consequences. From all this, the model that synthesizes all this information is presented.

Correspondencia:
Neli Escandón Nagel
nescandon@uct.cl

Discussion: Internal and external factors influence the development of Binge Eating Disorder that must be taken into account when making a diagnosis and intervention for this disorder.

Conclusion: it is crucial that the different health professionals involved in tackling obesity and nutrition in general, such as doctors, nutritionists and psychologists, keep a close eye on the possible diagnosis of Binge Eating Disorder, adopting a complex understanding of the phenomenon in order to have an effective approach and treatment.

KEYWORDS

Obesity; Binge Eating Disorder; Risk factors.

ABREVIATURAS

TA: Trastorno por Atracón.

BN: Bulimia Nerviosa.

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INTRODUCCIÓN

En el año 2013 el Trastorno por Atracón (TA) se incluyó dentro del DSM-5 en el apartado de "Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y de la ingesta de alimentos", siendo reconocido como una categoría independiente¹, ya que antes, era considerado un trastorno de la conducta alimentaria no especificado. Según los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5, un atracón se define por comer en un periodo determinado de tiempo grandes cantidades de comida, mayor a lo que otras personas comerían en un periodo similar y bajo circunstancias parecidas, siendo esto acompañado por sensación de descontrol¹.

La Asociación Americana de Psiquiatría¹ establece, además, que deben presentarse al menos tres de los siguientes criterios: ingesta rápida, comer hasta experimentar una sensación desagradable de saciedad, comer sin hambre, comer en soledad por vergüenza; y/o experimentar sentimientos negativos sobre sí mismo luego de la ingesta. Es habitual que estas conductas se mantengan en secreto, por lo que la persona en muchas ocasiones evita comer con otros o, si lo hace, come de manera normal frente a ellos, mientras que los atracones los realiza privadamente². Para establecer el diagnóstico de TA debe darse, al menos, un atracón a la semana durante tres meses, sin comportamientos compensatorios inadecuados recurrentes¹.

En un estudio en que se analizó la evolución de los atracones desde la adolescencia temprana hasta la adultez media en una amplia muestra poblacional, realizando evaluaciones en tres tiempos: adolescencia temprana/media; adolescencia tardía/principio de la adultez joven; edad adulta temprana/adul-

tez media; se observó que el 15,8% de quienes reportaron atracones en el primer momento, continuaban manifestándolos en la segunda evaluación, en tanto que el 42% de las personas con atracones en esta segunda fase los tenían también en la última medición, siendo entonces más estable este tipo de conductas durante el paso de la adolescencia tardía a la adultez joven/media; que de la adolescencia temprana a la adolescencia tardía³.

En el desarrollo y mantenimiento del TA parecen influir distintos factores psicosociales, por lo que este artículo tiene por objetivo, proponer una perspectiva integral de esta problemática, que considere estos distintos elementos psicosociales implicados, teniendo en cuenta también las consecuencias que acarrea el TA.

MÉTODOS

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, se realiza una revisión narrativa de antecedentes teóricos y empíricos a fin de generar un modelo comprensivo de TA, teniendo en cuenta variables psicológicas y contextuales para su comprensión. La búsqueda de documentos se realizó, principalmente, en Google Académico y PubMed, utilizando como palabras claves, en español e inglés, las siguientes: "Trastorno por Atracón y factores psicológicos"; "Trastorno por Atracón y factores sociales"; "Trastorno por Atracón y factores psicosociales". La búsqueda se limitó a artículos publicados a partir del año 2010 hasta la fecha, sin embargo, luego de revisar algunos documentos, se identificaron textos previos al 2010 que resultaban relevantes para este estudio, por lo que también se incorporaron. Como criterio de inclusión, se tuvo en cuenta a artículos tanto empíricos como teóricos. Como criterio de exclusión, se dejaron fuera estudios realizados con animales.

RESULTADOS

A continuación, se presentan, en primera instancia, algunos datos de prevalencia de esta problemática y, posteriormente se exploran algunos factores de riesgo para TA, su relación con la salud mental y algunas consecuencias que acarrea este fenómeno. Finalmente, se señala un modelo integrativo para la comprensión del TA.

El TA en cifras

El primer estudio de prevalencia de TA realizado en 1992 concluyó que este trastorno se da en el 30,1% de quienes se encuentran en tratamiento para la pérdida de peso vs. el 2% de la población general⁴. En el caso de candidatos a cirugía bariátrica, se estima que el 48,3% presenta TA⁵. Además, al comparar la prevalencia de TA respecto a Bulimia Nerviosa (BN), un estudio realizado con una amplia muestra de más de 24 mil personas mayores de 18 años utilizando la encuesta nacional de salud de la OMS aplicada en 14 países, arrojó que la

prevalencia de vida es mayor en TA (1,9%) que en BN (1%), detectándose la misma tendencia al analizar la prevalencia de 12 meses de la enfermedad (TA = 0,8%; BN = 0,4%)⁶.

En cuanto a la edad de inicio del trastorno, se estima cerca de los 20 años, aunque es mayor en TA (23,3 años) que en BN (20,6 años)¹. La Asociación Americana de Psiquiatría¹ añade que, además de iniciarse habitualmente en la adolescencia y en la edad adulta temprana, el TA también puede empezar a una edad adulta más tardía. Se estima que la persistencia de la enfermedad en TA es de 4,3 años, siendo un tanto más breve que la BN, en que la persistencia es de 6,5 años⁶.

Factores de riesgo para TA

El primer estudio sobre factores de riesgo para el desarrollo de TA fue realizado en 1998 comparando a personas con TA, con controles sanos y con personas con otros trastornos mentales. Respecto a los sujetos sanos se observó que los factores de riesgo identificados para TA fueron la existencia de una autoevaluación negativa, autoagresiones, depresión de los padres, experiencias infantiles adversas, tales como maltrato físico o sexual; y la exposición repetida a comentarios negativos por parte de la familia sobre la silueta, el peso y la ingesta. Esto último también se identificó como factor de riesgo al comparar a personas con TA con otros pacientes psiquiátricos, identificándose, además, a la obesidad infantil como otro factor influyente^{7,8}.

Posteriormente, se formuló un modelo transdiagnóstico en que se plantean distintos factores que contribuyen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Por una parte, se definen aspectos centrales en TCA y, además, se definen características que no siempre se presentan, pero que es habitual encontrar en estas patologías y que, por lo tanto, es necesario tener en cuenta para su abordaje. Un aspecto central en los TCA, que se plantea en este modelo, es la existencia de una forma disfuncional de autovaloración, en que la persona se juzga a sí misma principalmente por sus hábitos alimentarios, su figura y/o su peso, así como por su habilidad para controlar estos aspectos, a diferencia de la mayoría de las personas, quienes tienen en cuenta diversos ámbitos de la vida al momento de autoevaluarse⁹.

Varias de las manifestaciones clínicas de los trastornos alimentarios pueden venir de esto. Los atracones, específicamente, se relacionan con los intentos por restringir la dieta, la que generalmente tiene normas rígidas, que al romperse generan descontrol y un abandono total de las estrictas pautas de alimentación⁹. Esta asociación entre restricción-atracón parece estar moderada por la capacidad de autoeficacia relacionada con la alimentación¹⁰.

Otros autores mencionan el atracón como la evidencia de una falta de estrategia adaptativa en la regulación de emociones, siendo utilizado como una forma de reprimir la expres-

ión emocional, lo que si bien logra calmar los afectos negativos por un corto tiempo, también produce el efecto contrario tras acabar el atracón, con la aparición de emociones como la culpa, el fracaso o la vergüenza^{11,12}.

Los atracones tienden a mantenerse debido a que sirven para neutralizar estados de ánimo negativos, distrayendo a las personas de sus dificultades. Al darse cuenta la persona de que falla en el control respecto a la ingesta, el peso o la silueta, experimenta una nueva autoevaluación negativa, lo cual perpetúa el problema⁹.

Además de estos elementos centrales en TCA, en muchos casos interfieren uno o más de los siguientes factores, los que interactúan con los aspectos antes señalados:

- Perfeccionismo clínico: se refiere a la sobrevaloración del logro y el seguimiento de normas personales estrictas^{9,13,14}.
- Autoestima global negativa: si bien, en general, las personas con TCA son autocríticas, existe un grupo de pacientes que poseen una visión negativa de sí mismos global y que no es solo el resultado de las dificultades que manifiestan para controlar el peso, la silueta y la ingesta^{9,15}.
- Intolerancia a los estados de ánimo: alude a la dificultad para afrontar determinados estados emocionales que en general son negativos, pero que en algunos casos, también pueden ser positivos. Se desarrollan conductas moduladoras disfuncionales, como los atracones, para afrontar estos estados. Esto pudiera deberse a que estas personas experimentan emociones muy intensas y/o porque son extremadamente sensibles a ellas^{9,16,17}.
- Insatisfacción corporal: se refiere a pensamientos negativos sobre el propio cuerpo y a creer que ciertas partes corporales son excesivamente grandes. Esto no solo es un factor de riesgo para TCA sino que también se ha asociado a ganancia de peso^{8,18,19,20}.
- Comprobación corporal: es una supervisión constante del cuerpo o una parte de este que exagera la percepción de imperfecciones sobre la figura o el peso, lo que genera la mantención de sentimiento de vergüenza^{8,11}.
- Alimentación emocional: se refiere a comer como estrategia de afrontamiento a eventos estresante o de desregulación emocional^{18,21,22}.
- Dificultades interpersonales: en algunos casos de TCA existen marcadas dificultades interpersonales, las que a su vez afectan negativamente la autoestima^{9,15,23}.

Los problemas interpersonales parecen jugar un rol importante en la salud mental de las personas con TA, de modo que los problemas sociales y de comunicación pueden favorecer el desarrollo de atracones, debido a la incapacidad para

lidar adecuadamente con estas dificultades. De este modo, los atracones actuarían como una estrategia para hacer frente a la angustia interpersonal o para evitar emociones desagradables²⁴.

Se reconocen distintos factores referidos a normas sociales que influyen en el desarrollo de trastornos alimentarios y de obesidad:

- Exposición a los medios de comunicación: en los medios existe una constante exposición de modelos extremadamente delgadas. La comparación con estas imágenes puede generar insatisfacción corporal^{18,25}.
- Estereotipos relacionados con el peso: en general, la obesidad es causa de discriminación, asociándose en mujeres a fracaso estético y moral. Además, existe un estereotipo que indica que la obesidad se asocia a ser perezoso, poco inteligente y muy emocional. Las personas con obesidad que internalizan estos estereotipos presentan mayor riesgo de desarrollar atracones y menos probabilidad de intentar perder el exceso de peso¹⁸.
- Dieta: el hacer dieta predice el desarrollo de sintomatología alimentaria, así como también de obesidad¹⁸.
- Perfeccionismo e ideal de *superwoman*: el ideal de *superwoman* se relaciona con el perfeccionismo, pues consiste en una marcada preocupación por la apariencia física, por mantener buenas relaciones sociales y por desempeñar adecuadamente diversos roles. Se asocia por lo tanto a sintomatología alimentaria, al igual que el perfeccionismo^{18,26}.
- *Fat talk*: se refiere a conversaciones negativas sobre la imagen corporal y la apariencia física entre mujeres. Debido a que la insatisfacción corporal es habitual entre mujeres, emitir comentarios autodespreciativos, tales como "estoy muy gorda" puede ser un modo de encajar socialmente. La frecuencia de estas charlas se asocia a insatisfacción corporal y TCA^{18,27}.

La dinámica familiar se presenta como un factor relevante, principalmente en el comportamiento de los padres con características poco afectuosas y con altos niveles de control sobre la alimentación, lo cual puede predecir un desajuste en la regulación emocional, lo que a su vez genera una alta vulnerabilidad ante los TCA^{11,28,29}.

El grupo de pares también parece ser un elemento influyente para los trastornos de alimentación, por lo que la selección que se hace del entorno social es relevante. Los factores de personalidad interfieren en la selección de los pares, incrementando la vulnerabilidad respecto a la internalización del ideal de delgadez¹⁸.

La obesidad y los trastornos alimentarios comparten elementos comunes, siendo la obesidad un factor de riesgo para TCA, a la vez que los TCA también suponen riesgo de obesi-

dad en muchos casos. Esto es así principalmente en TA. Los aspectos comunes suelen ser la insatisfacción corporal, la baja autoestima, el seguimiento de dietas, la preocupación por el peso, la sobreingesta y la exposición a medios en que se menosprecia la obesidad, siendo objeto de burlas las personas obesas¹⁸.

Algunos desencadenantes que se han identificado respecto a los atracones son los sentimientos desagradables, incluido el sentirse obeso, que es un sentimiento habitual en personas con una marcada preocupación por la figura y el peso. También parece influir el experimentar hambre al estar a dieta, pues muchas personas comen poco fuera de los atracones, lo que posteriormente puede desencadenar una sobreingesta de alimentos².

TA y salud mental

Según la Asociación Americana de Psiquiatría¹, la comorbilidad psiquiátrica en TA está relacionada con la gravedad de la enfermedad y no con el índice de masa corporal (IMC), siendo las comorbilidades más habituales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y, en menor medida, trastornos asociados al consumo de sustancias.

Las personas con TCA, como el TA, a comparación de quienes no tienen trastornos de conducta alimentaria, en general reportan mayor deterioro en su calidad de vida; desde el ámbito físico presentan mayor malestar, dificultad al caminar, un IMC superior al normopeso y un deficiente control de la glucosa en la sangre, lo que podría generar otras enfermedades como el síndrome metabólico o la diabetes^{22,30}. En el ámbito mental se presentan más tendencias suicidas, síntomas depresivos y mayores índices de tratamientos en salud mental^{31,32}.

Se estima que aproximadamente el 25,9% de las personas con sobrepeso/obesidad con TA que siguen tratamiento para perder peso presentan sintomatología depresiva leve; el 18% moderada y el 8,2% severa, lo que da un total de 52,1% de personas con depresión, cifra superior a la que se identifica en población general, siendo estos valores mayores en mujeres que en hombres³³. En pacientes con obesidad severa, el TA también se asocia a obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y baja conciencia interoceptiva, que alude a la capacidad de reconocer las señales fisiológicas de hambre y saciedad⁵.

Los problemas interpersonales en TA se relacionan con un gran afecto negativo, a la vez este se vincula a una alta frecuencia de atracones y de psicopatología, por lo que el impacto de los problemas interpersonales en la sintomatología de TA parece estar mediada, en parte, por el afecto negativo¹⁰.

También en lo referido a aspectos sociales, se ha observado que la ansiedad social en el TA es una característica que im-

pacta en el nivel de psicopatología, pues se asocia a mayor preocupación por el peso y la silueta, además de mayor frecuencia de atracones, mayor sintomatología alimentaria general y más depresión. El IMC y la restricción alimentaria, en cambio, son independientes del nivel de ansiedad social³⁴.

Respecto a los trastornos de personalidad, al revisar la prevalencia de estos cuadros, se ha identificado que el porcentaje de este tipo de patologías en TA es de 29%, siendo menor que en otros TCA, en que es de 38%³⁵.

Al observar específicamente a personas con TA que siguen tratamiento para la pérdida de peso, también se observan cifras similares, pues el trastorno por evitación está en el 23% de los casos, el 19% presenta trastorno obsesivo compulsivo, el 7% trastorno paranoide y el 6% manifiesta indicadores de trastorno límite de la personalidad³⁶. En definitiva, los trastornos de personalidad más habituales en TA parecen ser entonces el trastorno por evitación, el trastorno límite y el trastorno obsesivo-compulsivo^{35,36}.

Consecuencias del Trastorno por Atracón

La Asociación Americana de Psiquiatría¹ indica que el TA se asocia a varias alteraciones funcionales, tales como problemas de adaptación social, deterioro de la calidad y la satisfacción con la vida, así como mayor morbilidad médica y mortalidad.

En cuanto al funcionamiento neuropsicológico de las personas con TA, se evidencian principalmente dos alteraciones cerebrales reversibles; rigidez cognitiva relacionada a la dificultad de cambios de criterio, restricción nutricional y el perfeccionismo clínico; e impulsividad relacionada en la ingesta descontrolada de comida y la sensación de pérdida de control³⁷.

En el ámbito físico, el TA se ha asociado a problemas tales como, daños musculoesqueléticos, dolor, hipertensión, diabetes mellitus y úlceras, aunque parece ser que la relación entre TA y alteraciones médicas está mediada por la presencia de otros trastornos mentales asociados^{6,22,30}.

En concordancia con estos hallazgos, se ha observado que en personas con TA que siguen tratamiento, la sintomatología depresiva actúa como mediador entre la internalización de prejuicios referidos al peso y el deterioro de la salud física y mental³³. Además, una alta internalización del prejuicio se asocia a mala salud, al igual que la sintomatología depresiva, que también se relaciona con una mala salud autoinformada²⁷.

La preocupación por el peso y la figura, así como el estado de salud física, son mediadores de la relación entre obesidad y deterioro psicosocial en hombres y en mujeres, en tanto que el efecto mediador de los atracones es menor. Además, el impacto de la preocupación por peso y la silueta no difiere según el estado de salud³⁸.

En un estudio prospectivo en una amplia muestra de mujeres en que se evaluó la presencia de TCA, incluido el TA, y se analizó el surgimiento a lo largo del tiempo de distintos problemas de salud, se observó que el 35,1% de las mujeres con TA desarrollaron sobrepeso u obesidad. Las personas con TA tuvieron el doble de probabilidades que las sin TCA de desarrollar sobrepeso u obesidad, así como también de desarrollar elevados síntomas depresivos. Se observó que el uso de alcohol y drogas, en cambio, se da más en los trastornos con características purgativas que en TA, aunque en comparación con las personas sin TCA, aquellos con trastornos alimentarios, incluido TA, presentan mayor uso de sustancia a lo largo del tiempo³⁹.

Se ha observado que el TA de inicio temprano se asocia en las mujeres a una baja probabilidad de estar casada, en tanto que en los hombres, se relaciona con una menor probabilidad de estar empleado en la actualidad. Además, en ambos sexos el TA se relaciona con discapacidad laboral, sin embargo, gran parte de estas asociaciones se explican por la comorbilidad con otros trastornos mentales⁴⁰.

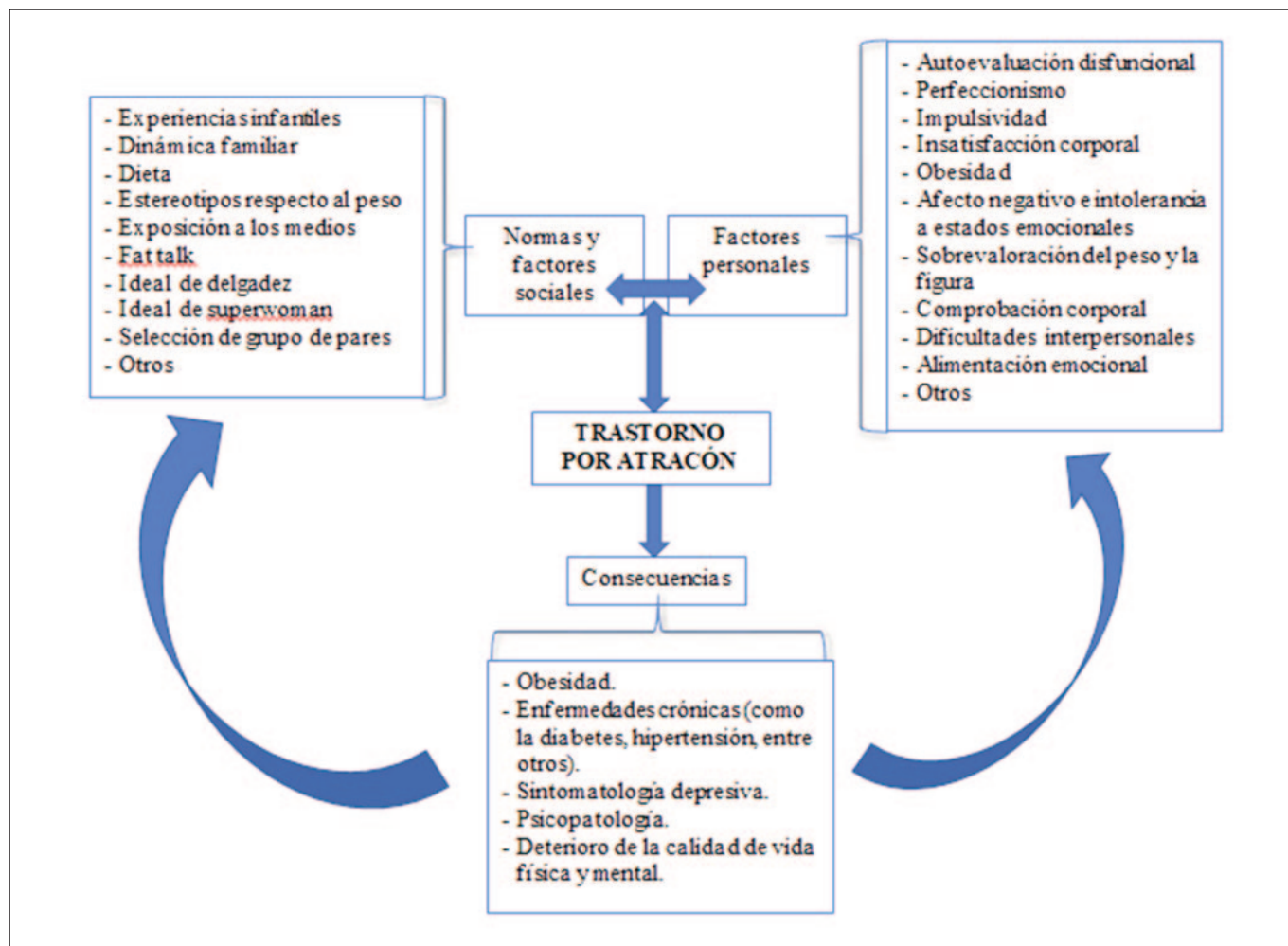
En cuanto a las consecuencias inmediatas de los atracones, durante un breve periodo de tiempo se experimentan emociones positivas, pero luego se produce malestar, caracterizado habitualmente por culpa, vergüenza y afecto depresivo, ya que la persona siente que pierde el control sobre la ingesta. Además, muchas veces se experimenta ansiedad asociada al miedo a subir de peso. Por otro lado, las consecuencias a nivel físico, tales como el dolor estomacal y el cansancio, tienden a incrementar las emociones negativas².

Trastorno por Atracón: modelo integrativo

Considerando la información expuesta, se propone una representación esquemática que sintetiza los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento del TA, considerando también las consecuencias que acarrea. Este esquema se expone en la Figura 1, en que se identifican principalmente factores sociales y personales, los que al interactuar determinan la vulnerabilidad a desarrollar TA. A su vez, las consecuencias que esto acarrea se manifiestan principalmente en el deterioro de la salud mental y física de la persona, lo que refuerza los elementos desencadenantes.

DISCUSIÓN

En términos generales el TA, es un trastorno que puede ser explicado por diversos factores que se relacionan entre sí. Si bien se puede hacer una clasificación entre aquellos factores internos, como los son el perfeccionismo, la autoestima global negativa, insatisfacción corporal, entre otros mencionados anteriormente^{8,9,15}, y los factores externos o dados por el contexto social, como los estereotipos de peso, el ideal de delgadez, el *fat talk*, entre otros^{18,25}, es relevante destacar

Figura 1. Modelo integrativo para TA.

que cada uno no afecta por sí solo, sino que existe una combinación o sinergia continua en la que cada uno influye al otro de forma simultánea, es decir, si una persona afectada por el contexto presenta insatisfacción corporal esta está mediada a su vez por un estereotipo sobre el peso, que a su vez podría generar una autoestima global negativa²⁹.

Actualmente el TA tiene una mayor prevalencia que otros TCA, sin embargo existe una muy baja tasa de diagnóstico y tratamiento, por el desconocimiento de la población en general y además porque la mayoría de los pacientes asisten a atención primaria de salud por otras temáticas como el control del peso, obesidad, otras enfermedades crónicas o patologías de salud mental, cuestión que genera diversos tratamientos y diagnósticos que encubren el TA^{22,30}.

De esta forma es que varios autores han remarcado la importancia de clarificar un modelo explicativo que pueda cubrir la interacción entre factores que influyen en el TA, para de este modo además entregar un diagnóstico acorde y un tratamiento efectivo que pueda abarcar a largo plazo la dismi-

nución de los factores de riesgo internos, entre ellos los pensamientos y emociones negativos, la impulsividad y la desregulación emocional vinculada a la alimentación^{10,41}.

Es importante señalar que si bien este artículo se limita a entregar la información acerca de los factores influyentes en el TA creando así un modelo explicativo de este, queda abierta una línea investigativa que pueda aplicar este modelo en los tratamientos actuales como lo son las terapias cognitivas conductuales o el mindfulness, que si bien se ha observado una gran efectividad, es necesario desarrollar una intervención que abarque todas las dimensiones afectadas en la persona^{28,41}.

A partir de todo lo señalado, se espera incentivar y facilitar una mejor promoción de la salud y prevención temprana de este trastorno. Con el modelo explicativo propuesto se espera lograr un diagnóstico oportuno y completo que pueda extender un tratamiento acorde a la situación de la persona considerando todos los factores que influyen e interfieren en el padecimiento y mantención del TA.

CONCLUSIÓN

Como se señaló anteriormente, el TA parece ser un cuadro altamente prevalente en personas que buscan tratamiento para la pérdida de peso, por lo que es importante conocer los distintos factores psicosociales involucrados en su mantenimiento, adoptando una mirada integral de esta problemática, como la que aquí se propone, a fin de ser más efectivos en su abordaje. Se hace necesario, en primera instancia, que los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la obesidad, se mantengan atentos ante este posible diagnóstico, a fin de detectarlo e intervenirlo tempranamente.

FINANCIAMIENTO

Este trabajo fue financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad Católica de Temuco, Proyecto VIPUCT, N° FEQUIP2019-CS-05.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Ed. Washington: APA; 2013.
- Fairburn C. La superación de los atracones de comida. 2ª Ed. Barcelona: Paidós; 1998.
- Goldschmidt AB, Wall MM, Loth K.A, Bucchianeri MM y Neumark-Sztainer D. The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychol.* 2014; 33(5): 457-460.
- Spitzer R, Devlin M, Walsh B, Hasin D, Wing R, Marcus M et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord.* 1992; 11(3): 191-203.
- Vinai P, Da Ros A, Speciale M, Gentile N, Tagliabue A, Vinai P, et al. Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eat Behav.* 2015; 16: 1-4.
- Kessler R, Berglund P, Chiu W, Deitz A, Hudson, J, Shahly, V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73(9): 904-914.
- Fairburn C, Doll H, Welch S, Hay P, Davies B, O'Connor M. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998; 55(5): 425-432.
- Lewer M, Bauer A, Hartmann A, Vocks S. Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients.* 2017; 9(12): 1294.
- Fairburn C, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41(5): 509-528.
- Linardon J. The relationship between dietary restraint and binge eating: Examining eating-related self-efficacy as a moderator. *Appetite.* 2018; 127: 126-129.
- Avellaneda A, Gómez E, Biviana A. Características del trastorno por atracón en la adolescencia, 2017. [Acceso 2 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/4872>
- Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients.* 2017; 9(11): 1274.
- Smith M, Sherry S, Gautreau C, Stewart S, Saklofske D, Mushquash A. Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eat Behav.* 2017; 26: 23-26.
- Soidla K, Akkermann K. Perfectionism and impulsivity based risk profiles in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(7): 1108-1119.
- Raykos B, McEvoy P, Fursland A. Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample. *Int J Eat Disord.* 2017; 50(9): 1075-1083.
- Cuadro E, Baile J. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Rev Mex de Trastor Aliment.* 2015; 6(2): 97-107.
- da Luz F, Sainsbury A, Mannan H, Touyz S, Mitchison D, Girosi F, et al. An investigation of relationships between disordered eating behaviors, weight/shape overvaluation and mood in the general population. *Appetite.* 2018; 129: 19-24.
- Urquhart C, Mihalynuk T. Disordered eating in women: implications for the obesity pandemic. *Can J Diet Pract Res.* 2011; 72(1): 115-125.
- Stice E, Desjardins C. Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. *Behav Res Ther.* 2018; 105: 52-62.
- Castejón M., Berengüí R, Garcés de los Fayos E. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2016; 36(1): 54-63.
- Wiedemann A, Ivezaj V, Barnes R. Characterizing emotional overeating among patients with and without binge-eating disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018; 55: 38-43.
- Kornstein S, Kunovac J, Herman B, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016; 18(3): 10.4088.
- Brugnera A, Coco G, Salerno L, Sutton R, Gullo S, Compare A, et al. Patients with Binge Eating Disorder and Obesity have qualitatively different interpersonal characteristics: Results from an Interpersonal Circumplex study. *Compr Psychiatry.* 2018; 85: 36-41.
- Ivanova I, Tasca G, Hammond N, Balfour L, Ritchie K, Koszycki D, et al. Negative Affect Mediates the Relationship Between Interpersonal Problems and Binge-Eating Disorder Symptoms and Psychopathology in a Clinical Sample: A Test of the Interpersonal Model. *Eur Eat Disord Rev.* 2015; 23(2): 133-138.

25. Barcaccia B, Balestrini V, Saliani A, Baiocco R, Mancini F, Schneider B. Dysfunctional eating behaviors, anxiety, and depression in Italian boys and girls: the role of mass media. *Braz J Psychiatry*. 2018; 40(1): 72-77.
26. Weinberger-Litman S, Latzer Y, Litman L, Ozick R. Extrinsic religious orientation and disordered eating pathology among modern orthodox Israeli adolescents: The mediating role of adherence to the superwoman ideal and body dissatisfaction. *J Relig Health*. 2018; 57(1): 209-222.
27. Mills J, Fuller-Tyszkiewicz M. Fat talk and body image disturbance: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Women Q*. 2017; 41(1): 114-129.
28. Barriguete A, Saénz T, Aguilar C, Viladoms A, Pérez A, Flores, A et al. Trastorno Por Atracón Obesidad y Sind Metabólico. Nutrición, Obesidad, DBM, HTA, dislipidemias, TCA y Salud Mental Mejores prácticas franco-méxico-colombianas, 2019. [Acceso 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339924230_Mejores_practicas_Nutricion_Obesidad_DBM_HTA
29. Rico R. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes: una revisión bibliográfica [Trabajo fin de grado]. Universidad de Salamanca, 2019. [Acceso 17 de julio de 2020]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/140301>
30. Chevinsky J, Wadden T, Chao A. Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2020; 13: 1117-1131.
31. Stice E, Marti C, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122(2): 445-457.
32. Agh T, Kovács G, Supina D, Pawaskar M, Herman B.K, Vokó Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2016; 21(3): 353-364.
33. Pearl R, White M, Grilo C. Weight bias internalization, depression, and self reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*. 2014; 22(5): 142-148.
34. Sawaoka T, Barnes R, Blomquist K, Masheb R, Grilo C. Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(6): 740-745.
35. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård K, Martinsen E, Schmierer P et al. Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(2): 119-125.
36. Becker D, Masheb R, White M, Grilo C. Psychiatric, behavioral, and attitudinal correlates of avoidant and obsessive-compulsive personality pathology in patients with binge-eating disorder. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(5): 531-537.
37. Maldonado-Ferrete R, Catalán-Camacho M., Álvarez Valbuena V, Jáuregui-Lobera I. Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020 5(5); 504-534.
38. Van Zutven K, Mond J, Latner J, Rodgers B. Obesity and psychosocial impairment: mediating roles of health status, weight/shape concerns and binge eating in a community sample of women and men. *Int J Obes (Lond)*. 2015; 39(2): 346-352.
39. Field A, Sonnevile K, Micali N, Crosby R, Swanson S, Laird N et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*. 2012; 130(2): 289-295.
40. Kessler R, Shahly V, Hudson J, Supina D, Berglund P, Chiu W, et al. A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014; 23(1): 27-41.
41. Gómez-Candela C, Palma-Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez-Ortega P, Matía-Martín P, Loria-Kohen V, et al. Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutr Hosp*. 2018; 35(2): 489-494.