



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Efectividad de intervenciones psicológicas en mujeres con trastorno por atracón: una revisión sistemática

Effectiveness of psychological interventions in women with binge eating disorder: a systematic review

Mariana Valdez-Aguillar¹, Rosalia Vázquez-Arévalo², Juan Manuel Mancilla-Díaz²,
María del Carmen Beas Jara²

¹ Estudiante del Doctorado de Psicología y Salud Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalnepantla, Estado de México, México.

² Grupo de Investigación en Nutrición Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalnepantla, Estado de México, México

Recibido: 2022-01-07

Revisado: 2022-01-31

Aceptado: 2022-04-28

Autora de correspondencia: psicmarianav@gmail.com (M. Valdez-Aguillar)

Agradecimientos: Al financiamiento otorgado a Mariana Valdez-Aguilar, número de cuenta 519011803, por parte de CONACYT con la beca número 622907 para la realización de estudios de Doctorado en Psicología

Financiamiento: PAPIIT-306721

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

Objetivo: Examinar la efectividad, contenido, tipos de intervención y calidad de los tratamientos psicológicos de trastorno por atracón (TPA) en mujeres, que se han realizado en los últimos 20 años. Método: La revisión sistemática se realizó basada en la guía PRISMA y fue llevada a cabo de Septiembre de 2018 a Junio de 2020 en las bases de datos: Medline, Scopus, Sciencedirect, Scielo, Redalyc y LILACS. Resultados: Se identificaron 206 artículos potencialmente relevantes, se seleccionó 15 que cumplieran los criterios de inclusión. En el análisis de resultados se identificó que la mayoría de los estudios tuvo como objetivo probar la efectividad de las intervenciones. Los enfoques clínicos más utilizados fue la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Imagen Corporal y el Psicoanálisis. Los cuestionarios más utilizados para medir el TPA fueron el *Eating*

Disorder Examination, la entrevista clínica basada en el DSM y la Escala de Atracón (BES). Discusión: Se observan retos en el trabajo multidisciplinario, además de resaltar la importancia del compromiso colaborativo con el paciente. Se plantea la necesidad de mayores estudios que consoliden y profundicen en la evaluación y tratamiento temprano del trastorno, así como ahondar en el enfoque emocional.

Palabras clave: trastorno por atracón, trastornos de la conducta alimentaria, obesidad, terapia cognitivo conductual, tratamiento.

Abstract Objective: To examine the effectiveness, content, types of intervention and quality of psychological treatments for binge eating disorder (BED) in women, which have been carried out in the last 20 years. Method: The systematic review was carried out based on the PRISMA guide and was carried out from September 2018 to June 2020 in the databases: Medline, Scopus, ScienceDirect, Scielo, Redalyc and LILACS. Results: 206 potentially relevant articles were identified, 15 were selected that met the inclusion criteria. In the analysis of results, it was identified that the majority of the studies aimed to test the effectiveness of the interventions. The most widely used clinical approaches were Cognitive Behavioral Therapy, Dialectical Behavioral Therapy emphasizing the emotional component and interpersonal relationships, finally Body Image Therapy and Psychoanalysis. The most widely used questionnaires to measure BED were the Eating Disorder Examination, the DSM-based clinical interview and the Binge Eating Scale. Discussion: Challenges in multidisciplinary work are observed, in addition to highlighting the importance of collaborative commitment with the patient. There is a need for further studies that consolidate and deepen the early evaluation and treatment of the disorder, as well as delving into the emotional approach.

Keywords: binge eating disorder, feeding and eating disorders, obesity, cognitive behavioral therapy, treatment

Introducción

El síntoma del atracón se conoce desde 1959, Stunkard lo menciona como una característica de un grupo de pacientes con obesidad, décadas posteriores, se identifica como parte central de un trastorno con origen psicológico. En 1976 Stunkard concreta los rasgos que definirían un episodio de atracón; una gran cantidad de alimentos ingeridos en un corto periodo de tiempo, así como la pérdida de control (Fairburn et al., 1993).

En 1994 se incluye al trastorno por atracón (TpA) en el DSM-IV (APA, 1994) con sus propios criterios diagnósticos para su investigación, se reconoce como un trastorno asociado a la obesidad, con 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 Bulimia Nerviosa (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 y vergüenza que les genera su incapacidad para controlar sus impulsos (APA, 2013). En 2013 el TpA es considerado como un trastorno equiparable a la Anorexia (AN) y BN, continuando con sus criterios clínicos, no obstante, su estudio aún tiene muchos aspectos pendientes, entre éstos su tratamiento.

En cuanto al inicio del trastorno este suele ocurrir en la adolescencia tardía (Nicholls et al., 2011) con una

incidencia creciente en la adultez temprana (Hudson et al., 2007; Stice et al., 2013). Los estudios epidemiológicos sugieren que 1 a 4% de la población en el mundo padece de TpA (Kessler et al., 2013). No obstante, se ha encontrado mayor frecuencia de TpA en las mujeres que acuden a programas de pérdida de peso (Citrome, 2019), debido a que las mujeres asisten más a este tipo de programas, y en ocasiones los hombres hacen una subvaloración del trastorno (Velázquez López et al., 2018).

Dada su alta presencia entre la población, el TpA ha llegado a considerarse un problema de salud de gran prevalencia a comienzos del siglo XXI por lo que es preciso continuar desarrollando su investigación y actualización en tratamientos eficaces (Kessler et al., 2013).

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). Se ha identificado que la compensación calórica tras la restricción puede tener una base genética que interaccionando con factores ambientales determinaría patrones desestructurados de ingestión. De acuerdo con Fairburn (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 ha observado que en las pacientes con TpA existe una relación entre la sobrevaloración de la imagen y el peso corporal lo cual se asocia con una

mayor gravedad del trastorno, sintomatología depresiva y una pobre respuesta al tratamiento (Grilo et al., 2015; Grilo et al., 2020).

En cuanto al tratamiento del TpA las investigaciones son de reciente aparición y muchas veces son derivados y/o que se han comprobado en BN, por lo que se desconoce las aportaciones que se centren en la intervención psicológica del TpA y que describan sus efectos en el seguimiento a largo plazo.

En tratamientos de trastornos alimentarios como AN y BN se ha encontrado, con los datos hasta ahora reportados (Hay, 2013), que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP) son los tratamientos más probados y eficaces a largo plazo (McElroy et al., 2015), no obstante, en referencia al TpA existen evidencias de que debe haber importantes cambios en el manejo de estos pacientes.

Algunos autores han argumentado que se requiere una gama más amplia de intervenciones eficaces para el TpA, no sólo centrándose la sintomatología alimentaria sino también en el papel que juegan las emociones, factores interpersonales y la falta de regulación del estrés, que en muchas ocasiones son los desencadenantes de los episodios por atracón (Wunderlich et al., 2014).

En este sentido, han aparecido otros tratamientos como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) (Telch et al., 2001). Esta terapia pareciera que ayuda a modificar el componente central del atracón: la emoción y el mal manejo que tienen los pacientes sobre ella, pero aún son pocas las evidencias en cuanto a la remisión del trastorno. En México el trabajo en el tratamiento de estos pacientes está comenzando, sin embargo, existen pocos trabajos sobre este trastorno (López-Aguilar et al., 2010; Vázquez Arévalo et al., 2015; Velázquez López et al., 2018; Bautista-Díaz et al. 2020).

También es importante considerar lo señalado en las guías clínicas de *The American Psychiatry Association*, (APA) y *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (Hilbert et al., 2017), quienes ha recomendado un enfoque multidisciplinar de equipo para la atención de los pacientes con TpA incluyendo psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y trabajadores sociales, junto con la TCC o algún otro procedimiento psicológico como pieza clave, así como el uso de fármacos como tratamiento de ayuda.

Dado lo anterior, se hace necesario hacer una revisión de los tratamientos realizados a pacientes mujeres con TpA y conocer las modificaciones específicas en estos. Por tanto, el objetivo de la presente revisión fue examinar la efectividad de los tratamientos psicológicos de TpA en mujeres de acuerdo a su contenido, tipos de intervención que se han realizado en los últimos 20 años.

Método

Estrategia de búsqueda de artículos

Se realizó la revisión sistemática basada en la guía PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher et al; 2009). Fue llevada a cabo de Septiembre de 2018 a Junio de 2020 en las bases de datos: Medline, Scopus, Scencedirect, Scielo, Redalyc y LILACS. Los términos (“*binge eating disorder*”) AND (“*psychotherapy*” OR “*psychological intervention*” OR “*psychological treatment*” OR “*therapy*”) fueron incluidos en la estrategia de búsqueda, también se recuperó la lista de referencias de los estudios incluidos para identificar estudios potenciales adicionales.

Criterios de selección de los estudios

Para ser incluido en la revisión, cada estudio debía de cumplir con los siguientes criterios: 1) que incluyeran intervención psicológica (artículos que se enfocaran exclusivamente en el tratamiento nutricional, farmacológico o de actividad física fueron excluidos), 2) aleatorizados y no aleatorizados, 3) de tipo cuantitativos, 4) en idioma inglés o español, 5) que estuvieran publicados del año 2000 a 2020.

Los artículos fueron excluidos basados primero en la revisión del título, después en la selección de resúmenes y finalmente en la revisión del texto completo. En el diagrama de flujo (figura 1) se detalla el proceso de selección de los estudios. En cuanto al tipo de muestra los criterios fueron: a) Participantes con diagnóstico de TpA según los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV y DSM-5, b) estudios cuyos participantes fueran mujeres mayores a 18 años.

Los criterios de exclusión fueron: 1) Estudios con participantes con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa, 2) Estudios de casos con un tamaño de muestra menor a cinco, 3) revisiones, metaanálisis o libros 4) estudios cualitativos, y 5) protocolos sin datos empíricos.

Procedimiento del manejo de la información

Calidad de los estudios

Después de contar con todos los artículos se comenzó por el análisis crítico de la calidad metodológica. Para la evaluación metodológica se utilizó la Escala de Jadad para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAS) (Jadad et al., 1996). La escala contiene cinco items que dan una puntuación de calidad en cinco puntos, que varía de 0 (débil) a 5 (bueno).. Esta escala presenta evidencia de validez concurrente y presenta fuerte correlación con diversas escala (Jadad et al., 1996).

Análisis de la información de los estudios

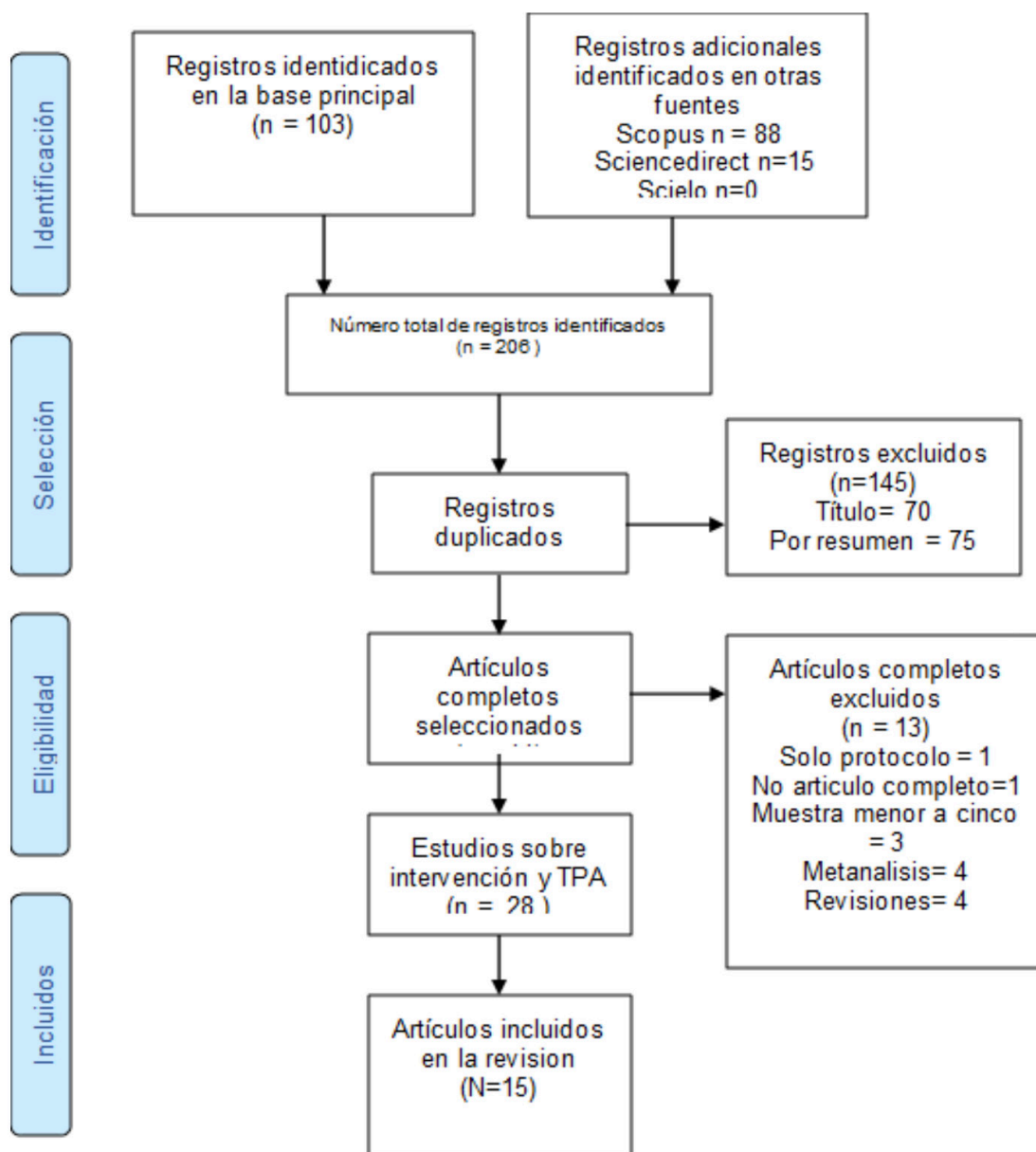
En cuanto a la revisión de cada artículo se exploró la siguiente información: nombres de los autores del estudio, revista y año de publicación, número de participantes, media de edad y el diseño, además de los objetivos principales e instrumentos utilizados para medir cada variable. En cuanto al tratamiento psicológico se analizaron los formatos y períodos de evaluación, enfoques psicológicos y contenidos, así como los resultados principales.

Resultados

Calidad de los estudios incluidos

Para analizar la calidad y validez de los ECA, se utilizó la escala de Jadad (Jadad et al., 1996). Los estudios evaluados mediante esta escala pueden obtener una puntuación que oscila entre 0 y 5 puntos y utiliza tres criterios de evaluación: 1) aleatorización, 2)

Figura 1.
Diagrama de flujo de la búsqueda de la literatura de acuerdo a PRISMA.



cegamiento o enmascaramiento (del paciente y del investigador) y 3) el control sobre las pérdidas en el seguimiento.

La puntuación consiste en asignar 1 punto por cada criterio cumplido y 1 punto adicional si describe el método de aleatorización y enmascaramiento, si ambos son adecuados. Si el criterio no se cumple se asigna un 0 y si los métodos de aleatorización y de enmascaramiento son inadecuados, se resta 1 punto. En

la Tabla 1 se encuentran las descripciones de las puntuaciones de calidad ECA para cada estudio incluido en esta revisión.

De acuerdo a la revisión la mayoría de los estudios incluidos obtuvieron entre 2 y 3 puntos en la “calidad total ECA”. Las investigaciones con mayor puntuación (5 puntos) fueron dos tratamientos (Jackson et al., 2018; McIntosh et al., 2016). El apartado con menor puntuación fue el de “cegamiento”, ya que para el tipo

de intervención que se realizó, el doble ciego entraña muchas dificultades en la práctica clínica. En el apartado de “aleatorización” la mitad de los estudios, obtuvieron la máxima puntuación.

Características generales de los estudios

La tabla 2 recoge las características metodológicas de los 15 artículos utilizados en la presente revisión. La mayoría fueron realizados en Estados Unidos, cuatro en Italia, uno en España, Australia, Suiza, Alemania, Egipto y Nueva Zelanda. Las revistas en las que mayormente se publicó fue en *The International Journal of Eating Disorder* y en *Journal of Consulting and Clinical Psychology* incluyendo dos artículos en cada una. El número de participantes en los tratamientos tuvo un rango de 11 a 114 y el promedio de edad fue de 41 años.

En todos los tratamientos se incluyó mujeres adultas mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado. Los criterios de inclusión para los tratamientos variaron entre los diferentes estudios, siendo el principal el diagnóstico de TPA, seguido de la presencia de obesidad. En cuanto a los criterios de

exclusión que fueron más aplicados en los estudios revisados fue: la presencia de un trastorno psicológico o psiquiátrico severo como intento de suicidio, autolesiones, psicosis, trastorno bipolar, depresión severa mientras que estar embarazada representó el segundo criterio de exclusión y, por último, estar en otro tratamiento ya sea psicológico o para perder peso.

Objetivos de los estudios

Para el análisis de los objetivos de los artículos incluidos, se crearon tres categorías: 1) determinar la efectividad del tratamiento; 2) comparar intervenciones; 3) verificar la efectividad de intervenciones psicológicas a partir de agregar otro componente. De esta forma, se resume en la tabla 3 los estudios que se agruparon en cada una de las categorías. Se muestra que en todos los estudios se intentó probar la efectividad de las intervenciones, en algunos tratamientos se contrastó este efecto a través de su comparación con otra intervención y/o añadiendo un componente nuevo para obtener un resultado mayor en las pacientes.

Tabla 1. Calidad de los estudios de acuerdo a la Escala de Jadad.

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)
1 Aguera et al. (2013)	1	0	0	0
2 Jackson et al. (2018)	5	2	2	1
3 Rahmani et al. (2018)	3	1	1	0
4 Lewer et al. (2017)	4	1	2	0
5 Chen et al. (2016)	3	2	0	1
6 McIntosh et al. (2016)	5	2	2	1
7 Castelnuovo et al. (2011)	3	2	0	1
8 Hilbert et al. (2004)	5	2	2	1
9 Fossati et al. (2004)	0	0	0	0
10 Gorin et al. (2003)	2	2	0	1
11 Le Grange et al. (2002)	2	2	0	1
12 Ciano et al. (2002)	0	0	0	1
13 Pendleton et al. (2002)	3	2	0	1
14 Telch et al. (2001)	2	2	0	1
15 Telch et al. (2000)	1	0	0	1

Tabla 2. Características generales de los estudios.

	Autores (año)	Revista	País	Muestra	Edad (D.E)	Diseño
1	Aguera et al. (2013)	BMC Psychiatry	España	87	34.1 (9.6)	ECA
2	Jackson et al (2018)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Italia	120	46.05 (10.55)	ECA
3	Rahmani et al (2018)	Mental Health and Prevention	Irán	60	29.8 (7.9)	ECA
4	Lewer et al (2017)	Journal of Eating Disorders	Alemania	34	NM	ECA
5	Chen et al (2016)	Psychological Medicine	Estados Unidos	109	38.6 (12.2)	ECA
6	McIntosh et al. (2016)	Psychiatry Research	Nueva Zelanda	112	35.3 (12.6)	ECA
7	Castelnuovo et al. (2011)	Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health	Italia	60	46.05 (10.54)	ECA
8	Hilbert et al (2004)	Behaviour Reseach and Therapy	Estados Unidos	28	42.1 (12.1)	ECA
9	Fossati et al. (2004)	Eating Weight Disorders	Suiza	61	37.4 (2.0)	ECA
10	Gorin et al.(2003)	International Journal of Eating Disorders	Estados Unidos	94	NM	ECA
11	Le Grange et al. (2002)	European Eating Disorders Review	Estados Unidos	41	44.2 (8.5)	ECA
12	Ciano et al. (2002)	Psychotherapy Research	Italia	11	43.8 (11.5)	ECA
13	Pendleton et al (2002)	international Journal of Eating Disorders	Australia	114	45 (8.3)	ECA
14	Telch et al. (2001)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Estados Unidos	44	50 (9.1)	ECA
15	Telch et al. (2000)	Behavior Therapy	Estados Unidos	11	45 (11.7)	ECA

Abreviaciones: ECA = Estudios Clínicos Aleatorizados, NM= No mencionado.

Tabla 3. Categorización de los objetivos de estudios incluidos en la revisión.

Objetivos	Estudios
1) Determinar la efectividad del tratamiento	Rahmani et al 2018; Telch et al 2001, Telch et al 2000; Lewer et al 2017; Chen et al 2016 y Aguera et al 2013.
2) Comparar intervenciones	Ciano et al 2016; Castelnuovo et al 2011; Jackson et al 2018; Gorin et al 2003; Le Grange et al 2002 y McIntosh et al. (2016).
3) Verificar la efectividad de intervenciones psicológicas a partir de agregar otro componente	Hilbert et al 2004; Pendleton et al 2002 y Fossati et al 2004.

Instrumentos utilizados en los estudios

Se detectaron 24 instrumentos de evaluación para medir variables como: sintomatología alimentaria, ansiedad, depresión, regulación emocional, autoestima y funcionamiento general. Todos los instrumentos se muestran en la tabla 4. Entre los 25 instrumentos

citados en los 15 artículos revisados, el Eating Disorder Examination (EDE, Cooper & Fairburn, 1987) fue el más utilizado para evaluar la sintomatología alimentaria relacionada con TCA. El segundo instrumento más empleado fue la entrevista clínica estructurada para el DSM (SCID, SCID-5, Spitzer et al 1992) elegida para la evaluación de casos de trastorno alimentario.

Tabla 4. Instrumentos y entrevistas utilizados en los estudios revisados.

Variables	Escalas	Entrevistas
Sintomatología de atracón	Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis et al., 1999) Binge Eating Scale (BES; Gormally et al 1982) 7 day calendar recall method (Wilson, 1987) Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised (QEWP-R; Spitzer et al., 1993)	Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5, Spitzer et al; 1990)
Psicopatología alimentaria	Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, 1991) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q, Cooper & Fairburn, 1987) Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ; Stunkard & Messick, 1985) Emotional Eating Scale (EES; Arnow et al; 1995)	Eating Disorder Examination Interview (EDE-I, Cooper & Fairburn, 1987)
Ansiedad	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snath, 1983) Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck et al., 1988)	
Depresión	Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al. 1988) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al., 1994)	
Regulación emocional	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) The Positive and Negative Affective Scales (PANAS, Watson et al 1988). Negative Mood Regulation Scale (NMR, Catanzaro & Meams, 1990). Measure of Affect Regulation Styles (MARS; Larsen & Prizmic, 2004)	
Otras variables	Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al 2004) Rosenberg Self Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) Dyadic Adjustemt Scale (DAS, Spanier, 1976) Stress Appraisal Measure (SAM, Peacock & Wong, 1990) 16-Personality Factors (16-PF; Cattell, 1986) Physical activity record (Blair et al, 1985)	

La tercera herramienta más aplicada fue el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2; Garner, 1991). En la tabla 4 se muestran todos los instrumentos que aparecieron en la presente revisión.

Formato y periodos de evaluación de los estudios

En los estudios revisados aparecieron diferentes formatos de tratamiento. Los grupales, fueron los más utilizados, mientras que los mixtos fueron señalados en 3 de los artículos (Jackson et al, 2018; Chen et al 2016 y Castelnuovo et al 2011), cabe resaltar que éstos se caracterizaron por hacer la intervención en etapas, primero se desarrollaron sesiones individuales, las cuales consistían en evaluar la severidad del trastorno, así como abordar las posibles comorbilidades, realizando después sesiones grupales. Finalmente sólo un estudio (Chen et al 2016) fue de formato autoguiado, este tipo de intervención consistió en que el

paciente realizó de manera virtual o por teléfono parte del tratamiento mediante un manual y con orientación del terapeuta.

El número de sesiones tuvo un rango de 12 a 30 sesiones y el tiempo empleado en cada una de ellas varió de 25 a 120 minutos. En cuanto al escenario 8 de los estudios se realizaron en hospitales, 4 estudios se realizaron en clínicas universitarias 1 estudio en Unidad Psicoterapéutica y dos no presentaron la información. En lo que respecta a los periodos de evaluación en todos los estudios se realizaron pre y post evaluaciones después del tratamiento, sin embargo, en 4 no hubo seguimientos. En la tabla 5 se puede observar esta información.

Enfoques psicológicos y contenidos de los tratamientos

En la mayoría de los estudios se implementó más de un enfoque psicológico esto con el fin de evaluar la

Tabla 5. Formatos y períodos de evaluación de los estudios revisados.

Estudio	Formato	Periodo de evaluación
1 Aguera et al. (2013)	Grupal	Pre-post
2 Jackson et al (2018)	Grupal e individual	Pre-post 2 seguimientos (6 meses 12 m)
3 Rahmani et al (2018)	Grupal	Pre-post
4 Lewer et al (2017)	Grupal	Pre-post
5 Chen et al (2016)	Autoguiada, individual y grupal	Pre-post 2 seguimientos (6m 12 m)
6 McIntosh et al. (2016)	Grupal	Pre-post 1 seguimiento 12 m
7 Castelnuovo et al. (2011)	Grupal e individual	Pre-post 1 seguimiento 6 m
8 Hilbert et al (2004)	Grupal	Pre-post 1 seguimiento 4 m
9 Fossati et al. (2004)	Grupal	Pre-post
10 Gorin et al.(2003)	Grupal	Pre-post 1 seguimiento 6 m
11 Le Grange et al. (2002)	Grupal	Pre-post 1 seguimiento 12 m
12 Ciano et al. (2002)	Grupal	Pre-post 2 seguimientos (6m 12 m)
13 Pendleton et al (2002)	Grupal	pre-post 3 seguimientos (4, 10, 16m)
14 Telch et al. (2001)	Grupal	Pre-post 2 seguimientos (3 y 6m)
15 Telch et al. (2000)	Grupal	Pre-post 2 seguimientos (3 y 6m)

efectividad de las distintas modalidades terapéuticas en la sintomatología alimentaria de las participantes. El enfoque más utilizado fue la TCC que apareció en 11 de los 15 artículos revisados (Aguera et al., 2013; Jackson et al., 2018; Chen et al., 2016; McIntosh et al., 2016; Castelnuovo et al., 2011; Fossati et al., 2004; Hilbert et al 2004; Gorin et al., 2003; Le Grange et al., 2002; Pendleton et al 2002., & Telch et al., 2001).

Entre estos estudios la TCC fue utilizada como un referente para hacer comparaciones con otros enfoques psicológicos o agregar un componente creando una intervención multidisciplinar para mejorar el resultado de la intervención. Después de la TCC el segundo enfoque psicológico más utilizado fue la TDC en 2 artículos (Rahmani et al., 2018 & Telch et al., 2000) y finalmente la Terapia de Imagen corporal y el Psicoanálisis con un artículo respectivamente (Lewer et al., 2017 & Ciano et al., 2002).

Contenidos implementados en las intervenciones

Entre los contenidos o temas que mayormente se abordaron se describen con detalle según el enfoque:

Terapia Cognitivo Conductual: el ciclo del atracón, circunstancias sociales y ambientales alrededor de la alimentación manejo de contingencias, hábitos alimentarios, educación nutricional, actividad física, manejo del tiempo. Aprender a diferenciar entre hambre, saciedad y sed así como registros alimentarios. Además se abordó la adherencia terapéutica, mantenimiento de los cambios y la prevención de recaídas.

Terapia Breve Estratégica: Episodios de atracón y pérdida de control sobre la comida, replantear los intentos de solución como la restricción alimentaria y el ciclo de dieta-atracones.

Terapia Dialéctica Conductual: episodios de atracón, comer con moderación y atención, alimentación consciente, alentar a las pacientes a usar diarios de alimentación, habilidades en respiración diafragmática, presentación de tres estados de la mente (mente racional, mente emocional, mente sabia), habilidad de observación, regulación de las emociones, soltar el sufrimiento, emociones primarias y secundarias, formas de describir las emociones, observarlas y describirlas, diario de emociones, reducir la vulnerabilidad a las

emociones negativas, plan para actividades agradables, crear experiencias positivas, mitos y leyendas sobre las emociones, habilidades de supervivencia en crisis, tolerancia al malestar emocional, habilidades de planificación para el futuro y habilidades de afrontamiento. Además, es importante el manejo en ingesta emocional (calmar, adormecer la emoción o la parte hedónica) y poder diferenciarlo de las sensaciones interoceptivas de hambre, saciedad y sed.

Terapia de Imagen Corporal: se desarrollaron contenidos relacionados con la insatisfacción corporal, y preocupaciones por el peso, se realizaron discusiones grupales sobre la imagen corporal, el peso y los aspectos sociales de la obesidad en un entorno consciente del peso; ejercicios de activación física; así como actividades gratificantes relacionadas con el cuerpo por ejemplo, bailar, visitar un sauna, usar productos de cuidado personal como loción corporal. Se incluyó contenidos sobre la normalización de los patrones de alimentación, se introdujo información sobre nutrición, percepción de hambre y saciedad, así como exposición a señales de comida “prohibida”, y ejercicios sobre la parte hedónica de la alimentación. Se realizó un análisis de comportamiento individual sobre los antecedentes y consecuencias de los episodios de sobreingesta.

Psicoanálisis: información nutricional, habilidades de comunicación y actividad, patrones alimentarios, hacer conciencia de la relación que tiene la paciente con las emociones y su alimentación.

Estrategias terapéuticas implementadas en las intervenciones

Entre las estrategias terapéuticas en todos los enfoques se abordó los autoregistros semanales, establecimiento de metas, resolución de problemas. Además, se observó un desarrollo, consolidación y mantenimiento del progreso así como un plan de recaídas.

Resultados de las tratamientos psicológicos

Para describir los resultados principales, fueron tomados en cuenta los objetivos categorizados anteriormente. En la tabla 6 se presenta la información de cada estudio. A continuación, se describen los hallazgos:

Determinar la efectividad del tratamiento. De los 6 artículos que se propusieron determinar la efectividad del tratamiento en todos hubo una mejoría significativa de las variables principales como son el episodio por atracón, la psicopatología alimentaria, depresión, regulación y autoestima.

Comparar intervenciones. En cuanto a los artículos incluidos en el objetivo 2. Se encontró diversidad en las conclusiones. En dos artículos (Castelnuovo et al., 2011 & Ciano et al., 2002) no hubo diferencias en cuanto a los resultados al final del tratamiento al comparar las terapias aplicadas. En el estudio de Jackson et al (2018) solo en una intervención se redujo la variable principal, que fue el episodio de atracón. En el estudio de Gorin et al (2013), a pesar de que hubo mejorías en ambos grupos al compararlos en las medidas de atracón, peso y psicopatología alimentaria, en el grupo de TCC + esposo no hubo diferencias significativas con el grupo de TCC sin esposo.

En el estudio de Le Grange et al (2002), al comparar ambos grupos de tratamiento se observó mejoría en las variables relacionadas con la sintomatología alimentaria, no obstante, al añadir la técnica de Esquema la cual servía para un mejor monitoreo de la frecuencia de consumo de alimentos de las pacientes, los datos individuales obtenidos con esta técnica no mostraron una mejoría adicional, por lo que es probable que no se vuelva utilizar para futuros estudios.

Por último, en el estudio de McIntosh (2016) no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de comparación (TCC vs TCC de Esquema vs TCC enfocada en el Apetito); sin embargo, en todos los grupos, se encontraron grandes tamaños del efecto para disminuir la sintomatología alimentaria.

Tabla 6. Agrupación de los resultados principales de acuerdo a categorización de objetivos.

Objetivo	Estudio	Resultados principales
1) Determinar la efectividad del tratamiento	Rahmani et al., (2018)	Reducción significativa de IMC, episodio por atracón, y regulación emocional.
	Telch et al., (2001)	Las mujeres disminuyeron el episodio por atracón y lasintomatología alimentaria.
	Telch et al., (2000)	Las mujeres disminuyeron el episodio por atracón y mejoró la regulación emocional.
	Lewer et al., (2017)	Mejoría en la psicopatología alimentaria, autoestima y depresión después de la intervención.
	Chen et al., (2016)	Reducción del episodio por atracón en los tres grupos de intervención.
	Aguera et al., (2013)	Existió un alta tasa de remisión del TPA (69%) después del tratamiento.
2) Comparar intervenciones	Castelnuovo et al., (2011)	No se encontraron diferencias entre los grupos (TBE vs TCC) al final del tratamiento.
	Ciano et al., (2002)	En ambos grupos hubo disminución del episodio por atracón, psicopatología alimentaria y mejoría en el estado de ánimo.
	Jackson et al (2018)	Las mujeres del tratamiento de TBE disminuyeron la frecuencia de los episodios de atracón, mientras que las de TCC no, en ambos tratamientos se mejoró el peso y el funcionamiento global.
	Gorin et al., (2003)	Ambos grupos tuvieron disminuciones signitivas en el episodio por atracón, peso, psicopatología alimentaria y psicopatología general, pero la participación del conyuge no tuvo ningún beneficio adicional.
	Le Grange et al., (2002)	Ambos grupos mostraron mejorías en el episodio por atracón, peso, psicopatología alimentaria, regulación emocional, autoestima, depresión, sin embargo, en el grupo con EME no se obsevo ningún beneficio adicional.
	McIntosh et al., (2016)	No hubo diferencias entre los grupos al agregar los componentes (Terapia de Esquema y Terapia enfocada en el apetito) para las variables de frecuencia de episodio de atracón, sintomatología alimentaria y funcionamiento general.
3) Verificar la efectividad de intervenciones psicológicas al agregar otro componentes	Hilbert et al., (2004)	Al agregar los componentes (Exposición del cuerpo e Imagen corporal) a los tratamientos para TPA tuvieron la misma efectividad en mejorar pensamientos negativos sobre el cuerpo, peso e insatisfacción corporal.
	Fossati et al., (2004)	Hubo una reducción signitiva de peso en las participantes al agregar el componente de nutrición y actividad física a la TCC.
	Pendleton et al., (2002)	Las mujeres que recibieron la TCC+Actividad física Extensión, disminuyeron significativamente los episodios por atracón e IMC.

Verificar la efectividad de intervenciones psicológicas a partir de agregar otro componente. En el objetivo tres, en el estudio de Hilbert (2004) los resultados mostraron efectividad en el tratamiento empleado para el TPA, de esta manera, se observó en el post-tratamiento y a los cuatro meses de seguimiento, que tanto la TCC-Mejorada como la TCC con componente de imagen corporal fueron igualmente efectivos y produjeron

mejorías significativas en la psicopatología del trastorno alimentario general.

Es de destacar, que a partir de los resultados de dos estudios sobre el uso de actividad física como componente del tratamiento (Pendleton et al 2002 y Fossati 2004) y su efectividad sobre el mismo se sugiere agregarlo a la TCC, ya que disminuye el estado de ánimo negativo, mejora la sintomatología y conduce a una

efectiva pérdida de peso corporal; además, extender la duración del tratamiento, mejora el resultado y contribuye a la reducción de atracones.

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue examinar la efectividad de los tratamientos psicológicos de TpA en mujeres de acuerdo al contenido y tipos de intervención que se han realizado en los últimos 20 años

Primeramente al examinar la calidad de los estudios evaluados por medio de la escala de Jadad (Jadad et al., 1996), se encontró que la mayoría de éstos obtuvieron entre 2 y 3 puntos, de la calidad total que corresponde a 5 puntos. El apartado de “cegamiento” fue cubierto por sólo por el 33.3%, y es el que tuvo menor presencia, mientras que “aleatorización” y “seguimiento” fue descrito por el 70% de las investigaciones. De acuerdo con la literatura, el aspecto más resaltado es el seguimiento, ya que está directamente relacionado con la efectividad, debido a que se esperaría que las intervenciones psicológicas tuvieran un cambio notorio al año del seguimiento como se observa en Wifley et al (2002). Por tanto, podemos decir que la mayoría de los artículos analizados fueron de calidad significativa.

El TPA difiere de otros trastornos de la conducta alimentaria por ser más común en adultos que en adolescentes, esto se vio reflejado en el promedio de edad de las participantes, el cual fue de 41 años, con un rango de edad de 29.8 a 50 años. La característica del sexo de los casos tratados en los estudios incluidos, va de acuerdo con la literatura que indica que en las mujeres se ha encontrado tres casos por cada dos de hombres, además del doble de probabilidades de padecer obesidad en este tipo de pacientes (Guerdjikova et al., 2017). Un aspecto a considerar es que el TpA ha sido principalmente estudiado en población femenina, a pesar de ser la psicopatología alimentaria más frecuente en los hombres y que se presenta en proporciones similares en ambos sexos (Velázquez-López et al., 2018). De esta manera, la solicitud de ayuda es mucho más común en mujeres como lo señala Fairburn & Rothwell (2015). Esto puede deberse a que existe una

mayor renuencia en los hombres a buscar tratamiento para un trastorno que en ocasiones se considera “femenino” (Shingleton et al., 2015).

Por otro lado, la adherencia de las mujeres tanto en la terminación como en los seguimientos es más común, como lo revisado en la mayoría de los estudios debido a que mantuvieron la disminución de los atracones, la psicopatología alimentaria y hubo una mejoría del estado de ánimo (Lewer et al., 2017, Chen et al., 2016 & Agüera et al., 2013). Se ha observado que el mantenimiento de los resultados incluye continuar con la aplicación de lo aprendido, identificando un estilo de afrontamiento diferente al que la persona empleaba anteriormente (el atracón alimentario) (Citrome, 2019).

Sobre los objetivos los estudios incluidos los cuales se categorizaron en tres: 1) determinar la efectividad del tratamiento; 2) comparar intervenciones y 3) verificar la efectividad de intervenciones psicológicas al agregar otro componente. Se observó que todos los estudios tuvieron como objetivo principal evaluar la efectividad de la intervención psicológica, además, de que agregaron otro componente para aumentar la eficacia del tratamiento psicológico (Hilbert et al., 2004, Fossati et al., 2004 & Pendleton et al., 2002).

Los estudios revisados que mostraron efectos prometedores sobre los episodios de atracón y la psicopatología alimentaria añadiendo otros componentes a la intervención principal fueron dos (Pendleton et al; 2002, Fossati et al; 2004), los cuales incorporaron módulos de actividad física y nutrición para la disminución tanto de los atracones como del peso y/o IMC.

Añadir actividad física a las intervenciones psicológicas parece promisorio para los pacientes con TpA, dados los beneficios que tiene el hacer ejercicio, sin embargo, el grado en que se mantienen los incrementos son pequeños y el seguimiento a largo plazo se desconoce (Blanchet et al., 2018). Es especialmente relevante para el TpA el impacto positivo de la actividad física, la cual se asocia con una mejor regulación emocional, reducción de estrés y el estado de ánimo de quienes la practican. Si bien parece haber efectos positivos para los tratamientos que incluyen recomendaciones de actividad física, es importante continuar explorando tanto el mantenimiento como

la adherencia de los pacientes para el ejercicio, por lo que esta es un área importante para investigar a futuro (Carr et al., 2019).

Una forma de mejorar las intervenciones de actividad física 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 actividad física, 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 actividad física. 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 actividad física en personas con TPA (Carr et al., 2019).

Por otro lado, las investigaciones analizadas que no mostraron mayor efectividad añadiendo un componente fueron 3 (Hilbert et al., 2004; Macintosh et al., 2016; Gorin et al., 2003) en estos estudios se intentó añadir como una parte novedosa, elementos de imagen corporal, terapia centrada en el apetito y la participación del cónyuge, respectivamente, sin embargo, esto no mejoró el resultado, de los tratamientos. Respecto a la combinación de las terapias y/o la agregación de nuevos componentes existe controversia en la literatura ya que, Citrome (2019) menciona que éstos no tienen mayor efecto para disminuir el atracón alimentario y el peso, sin embargo, si pudiesen ayudar a reducir significativamente la psicopatología alimentaria, depresión, ansiedad y la insatisfacción corporal por lo que se necesita más estudios que aborden el tema y que indaguen a profundidad los beneficios de la combinación de diferentes elementos para el tratamiento de este trastorno.

Sobre los instrumentos psicológicos utilizados dentro de los estudios revisados, se dividieron por variables para medir: sintomatología alimentaria, ansiedad, depresión, regulación emocional, autoestima y funcionamiento general. Los más empleados fueron las entrevistas estructuradas como el *Eating Disorder Examination* (EDE, Cooper & Fairburn, 1987) y la *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID, SCID-5, Spitzer et al., 1992), que requieren de una capacitación específica por parte del investigador y/o terapeuta clínico, sin embargo algunos estudios también se

apoyaron de la Binge Eating Scale (Gormally et al., 1982) y el Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised (QEWP-R; Spitzer et al., 1992,1993), los cuales son cuestionarios de cribado que ayudaron a la detección de la sintomatología del TpA.

Por otro lado, al analizar los formatos de intervención en los estudios incluidos, los grupales fueron los más utilizados en el 93% del total de los estudios. Mientras que los formatos individuales aparecieron en el 20% de las investigaciones y los autoguiados en el 1%. La preferencia por los formatos grupales posiblemente se debe a que la investigación ha demostrado que este formato de tratamiento se asocia con tasas de abstinencia significativamente más altas de episodios de atracón en comparación con grupos control (Gorin et al., 2003; Hilbert et al., 2004; Fossati et al., 2004) y también se podría analizar si la atención grupal es más económica en los lugares donde se realizaron estas investigaciones.

De los enfoques psicológicos empleados la TCC continúa siendo la primera opción de tratamiento para casos de TpA, este enfoque fue utilizado en el 46.6% de los estudios revisados (Aguera et al., 2013., Jackson et al., 2018., Chen et al., 2016., McIntosh et al., 2016., Castelnuovo et al., 2011., Fossati et al., 2004., Hilbert et al., 2004., Gorin et al., 2003., Le Grange et al., 2002., Pendleton et al., 2002), y demostró eficacia para la remisión del atracón, así como las variables asociadas como la sintomatología depresiva y el funcionamiento global de las pacientes.

En general, la TCC para el TpA ha mostrado una reducción de la sintomatología y de los problemas asociados, excepto en la pérdida de peso. Estos datos han permanecido tras el seguimiento de un año (Agras et al., 1997; Wilfley et al., 2002). No obstante, en la presente revisión se observó que al comparar la TCC con otras terapias como la TDC o la Terapia Breve Estratégica no mostró ser distinta tanto abordar la sintomatología del TpA como en los resultados. Por lo que, aunque la TCC es el "gold standar" para esta psicopatología alimentaria otras terapias como la TDC o la terapia interpersonal pueden ser igual de efectivas para el tratamiento para este trastorno.

Por otro lado, el segundo enfoque más utilizado fue la TDC, apareció en el 26,6% de los estudios revisados (Ramanhi et al 2018, Chen et al 2016, Telch et al

2000, 2001) como un enfoque que no solo disminuye la frecuencia del atracón sino también ayuda al manejo de emociones y control de la impulsividad, clave para este tipo de pacientes. En este sentido, los análisis de un estudio de TDC para TpA mostraron que el 89% de los participantes de TDC disminuyeron la sintomatología del trastorno después del tratamiento, en comparación con el 12,5% de los controles (Wisniewski, 2010). 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.

En cuanto a las estrategias terapéuticas empleadas dentro de los tratamientos revisados se observó que la mayoría de los enfoques se centró en la sintomatología alimentaria, alentando a las pacientes a normalizar los patrones de alimentación, estableciendo objetivos y utilizando un autocontrol saludable. Se observó que en los estudios que utilizaron la TDC, se dio mayor importancia a las emociones, basándose en diferentes módulos de entrenamiento como atención plena, regulación emocional y tolerancia al malestar emocional, brindando herramientas de afrontamiento (Ramanhi et al., 2018, Chen et al., 2016; Telch et al., 2000, 2001).

Además, una técnica básica y que fue implementada en el 100% de los tratamientos fue el registro diario de alimentos, la cual tiene la función de desarrollar la autoconciencia de la conducta alimentaria de la persona mediante el seguimiento diario. La psicoeducación sobre el trastorno fue importante en los pacientes que buscaban tratamiento para TpA (Guerdjikova et al., 2017).

Dentro de las limitaciones de la presente revisión se puede decir que el procedimiento de búsqueda de artículos indexados en bases de datos específicas sólo permitió incluir los artículos contenidos en estas bases. Por lo tanto, se sugiere que los parámetros de búsqueda sean expandidos a otros medios, como los índices de revistas especializadas que aún no están incluidos en las bases de datos, tesis no publicadas o repositorios y que podrían proporcionar información valiosa en revisiones futuras.

En cuanto a las publicaciones nacionales, en la búsqueda realizada no se encontró datos que hayan

sido publicados para poder comparar con los estudios analizados, de tal manera que la revisión realizada es una de los primeros estudios en el país de este tipo. Estos datos indican la gran necesidad investigación sobre el tema en México. La realización de estudios utilizando diseños como ensayos clínicos aleatorios o estudios de casos contribuirían para la producción de conocimiento en el área. Ante este escenario, se considera que esta revisión sistemática de la literatura ayuda a contribuir a planificación de futuras investigaciones sobre TpA, en la medida que ofrece una descripción detallada de contenidos, enfoques, técnicas, instrumentos y resultados de investigaciones realizadas sobre el tema en otros países.

Referencias

- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marneil, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343–347. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.343>
- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M. A., Granero, R., Vicente, E., Peñas-Lledó, E., Arcelus, J., Sánchez, I., Menchon, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13, Article 285. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-285>*
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (4ª edición). Washington, DC.: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders DSM-5* (5ta edición). Washington, DC.: APA.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *The International journal of eating disorders*, 18(1), 79–90. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199507\)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v)
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- 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., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Blair, S. N., Haskell, W. L., Ho, P., Paffenbarger, R. S., Jr, Vranizan, K. M., Farquhar, J. W., & Wood, P. D. (1985). Assessment of habitual physical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. *American journal of epidemiology*, 122(5), 794–804. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114163>
- 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>
- 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>
- Castellnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G. L., Pietrabissa, G., & Molinari, E. (2011). The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials*, 12, 114. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-114>*
- Catanzaro, S. J., & Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 546–563.
- Cattell, R.B. (1986). The 16PF personality structure and Dr. Eysenck. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1(2), 153-160.
- Chen, E. Y., Cacioppo, J., Fettich, K., Gallop, R., McCloskey, M. S., Olino, T., & Zeffiro, T. A. (2017). An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological medicine*, 47(4), 703–717. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002543>*
- Ciano, P.L., Rocco, A., Angarano, E., Biasin & Balestrieri, M (2002) Group-Analytic and Psychoeducational Therapies for Binge-Eating Disorder: An Exploratory Study of Efficacy and Persistence of Effects, *Psychotherapy Research*, 12:2, 231-239, DOI: 10.1080/713664282*
- 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>
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Derogatis, L. R., & Spitzer, R. L. (1982). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. y Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Rothwell, E. R. (2015). Apps and eating disorders: A systematic clinical appraisal. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 1038–1046. <https://doi.org/10.1002/eat.22398>
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C., & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and weight disorders : EWD*, 9(2), 134–138. <https://doi.org/10.1007/BF03325057>*
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorders Inventory 2*. Odessa, FL: Psychosocial Assessment Resources
- Gorin, A. A., Le Grange, D., & Stone, A. A. (2003). Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 33(4), 421–433. <https://doi.org/10.1002/eat.10152>*
- 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)
- Gratz, K.L., Roemer, L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26, 41–54 (2004). <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grilo, C. M., Ivezaj, V., & White, M. A. (2015). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a community sample. *Behaviour research and therapy*, 66, 72–76. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.004>
- Grilo, C.M., White, M.A., Ivezaj, V. and Gueorguieva, R. (2020), Randomized Controlled Trial of Behavioral Weight Loss and Stepped Care for Binge-Eating Disorder: 12-Month Follow-up. *Obesity*, 28: 2116-2124. <https://doi.org/10.1002/oby.22975>

- 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>
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int. J. Eat. Disord.*, 46: 462–469. <https://doi.org/10.1002/eat.22103>
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F., 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>
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: a component analysis. *Behaviour research and therapy*, 42(11), 1325–1339. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.001>*
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. *Controlled clinical trials*, 17(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(8), 688–701. <https://doi.org/10.1037/ccp0000313>*
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... 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>
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Larsen, R.J., y Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. En R. Baumeister y K. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation research* (pp. 40–60). Nueva York: Guilford.
- Le Grange, D., Gorin, A., Dymek, M., & Stone, A. (2002). Does ecological momentary assessment improve cognitive behavioural therapy for binge eating disorder? A pilot study. *European Eating Disorders Review*, 10(5), 316–328. <https://doi.org/10.1002/erv.469>*
- 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, 43. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0174-y>*
- 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>
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*, 240, 412–420. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.08>*
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nicholls, D. E., Lynn, R., & Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 198(4), 295–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081356>
- Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1990). The Stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal. *Stress Medicine*, 6(3), 227–236. <https://doi.org/10.1002/smi.2460060308>
- Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2002). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *The International journal of eating disorders*, 31(2), 172–184. <https://doi.org/10.1002/eat.10010>*
- Rahmani, M., Omid, A., Asemi, Z., & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health and Prevention*, 9, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.11.002>*
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la imagen de sí mismo adolescente*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- 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> Principio del formulario Final del formulario
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- 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.Z., & Marcus, M.D. (1993). The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R, 1993). (Available from the New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032)
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. y Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *The International Journal of Eating Disorders, 13*(2), 137–153. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477283>
- 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>
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology, 122*(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of psychosomatic research, 29*(1), 71–83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy, 31*(3), 569–582. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80031-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80031-3)*
- 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>*
- Velázquez- López, H.J, Vázquez -Arévalo, R., & Mancilla-Díaz, J.M. (2018). Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literature. *Salud Mental, 41*(2),91-100. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58257574006>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Douchis, J. Z., Frank, M. A., Wiseman, C. V., & Matt, G. E. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of general psychiatry, 59*(8), 713–721. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.713>
- Wilson, G. T. (1987). Assessing treatment outcome in bulimia nervosa: A methodological note. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 339–348.
- Wisniewski, L. (2010) Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia, *Cognitive Behaviour Therapy, 39*:1, 78, DOI: 10.1080/16506070903306221
- 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>
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*: 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>