

Intervención multidisciplinaria en línea para mujeres con trastorno por atracón

Multidisciplinary online intervention for women with binge eating disorder

Mariana Valdez-Aguilar¹

ID 0000-0002-1414-422X

psicmarianave@gmail.com

Rosalía Vázquez-Arévalo¹

ID 0000-0001-6491-9639

rvamap@gmail.com

Rebeca Guzmán Saldaña²

ID 0000-0003-0877-4871

rguzman@uaeh.edu.mx

Jesus Adrián Figueroa Hernández³

ID 0000-0003-1791-5533

psic.jesusfh@hotmail.com

Alberto Rodríguez Nabor⁴

alberto_rdz15@yahoo.com.mx

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México.

² Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Área Académica de Psicología Instituto de Ciencias de la Salud. Pachuca, Hidalgo. México.

³ Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Sur. Ciudad Guzmán, Jalisco, México.

⁴ Universidad Autónoma del Estado de México. Zumpango, Estado de México, México.

Resumen:

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinaria en línea (psicológica, médica y nutricional) en mujeres con trastornos por atracón (TpA). **Método:** participaron 5 mujeres diagnosticadas con TpA con una edad promedio de 43.2 años y un peso corporal inicial promedio de 90 kg. El tratamiento se realizó durante 24 sesiones, cada una de dos horas por semana; la primera hora era terapia grupal y la segunda individual. Se contó con cuatro momentos de evaluación: pre, post y dos seguimientos. **Resultados:** Las comparaciones se realizaron a través de la prueba no paramétrica de Friedman, encontrando una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología de atracón pre $\chi^2=30.30$ al segundo seguimiento $\chi^2=10.80$ ($x^2=12.84$; $p=.005$), sintomatología de ansiedad $\chi^2=28.80$ $\chi^2=12.40$ ($x^2=10.83.96$; $p=.013$) y depresión $\chi^2=19.80$, $\chi^2=4.0$ ($x^2=10.18$; $p=.017$). Se observó mejoría en la comprensión $\chi^2=21.00$, $\chi^2=30.20$ ($x^2=9.63$; $p=.025$) y regulación emocional $\chi^2=28.40$ $\chi^2=33.00$, ($x^2=7.77$; $p=.050$). Las pacientes redujeron su peso corporal, mejoraron hábitos alimentarios introduciendo fruta y verdura diariamente e incluyeron la actividad física en su rutina diaria, realizando de 20 a 30 minutos diarios. A partir del cambio clínico objetivo se observó un cambio positivo en las variables abordadas en tratamiento en todas las participantes. **Conclusiones:** Se puede observar que la intervención multidisciplinaria en línea fue efectiva en el tratamiento de TpA en mujeres.

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

Abstract:

Objective: To evaluate the effectiveness of a multidisciplinary online intervention (psychological, medical, and nutritional) in women with binge eating disorder (BED). **Method:** 5 women diagnosed with BED with a mean age of 43.2 years and a mean initial body weight of 90 kg participated. The treatment was carried out during 24 sessions, each of two hours per week; the first hour was group therapy and the second individual. There were four moments of evaluation: pre, post and two follow-ups. **Results:** The comparisons were made through the non-parametric Friedman test, finding a statistically significant decrease in binge eating symptoms before $\chi^2=30.30$ at the second follow-up $\chi^2=10.80$ ($x^2=12.84$; $p=.005$), symptoms of anxiety $\chi^2=28.80$, $\chi^2=12.40$ ($x^2=10.83.96$; $p=.013$) and depression $\chi^2=19.80$, $\chi^2=4.0$ ($x^2=10.18$, $p=.017$). Improvement was observed in comprehension $\chi^2=21.00$, $\chi^2=30.20$ ($x^2=9.63$; $p=.025$) and emotional regulation $\chi^2=28.40$ $\chi^2=33.00$, ($x^2=7.77$; $p=.050$). The patients reduced their body weight, improved their eating habits by introducing fruit and vegetables daily and included physical activity in their daily routine, performing 20 to 30 minutes a day. From the objective clinical change, a positive change was observed in the variables addressed in treatment in all the participants. **Conclusions:** The online multidisciplinary intervention was effective in the treatment of BED in women.

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



Introducción

El término atracón fue empleado por primera vez por Stunkard (1959) para definir un tipo de sobreingesta que se creía caracterizaba a un grupo de pacientes con obesidad, es así como se establece una de las primeras vinculaciones entre la obesidad y lo que en un futuro sería concebido como el trastorno por atracón (TpA).

Décadas después en 1994 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association [APA], 1994), se establecen los criterios diagnósticos: A) episodios recurrentes de atracón. Donde un episodio se caracteriza por las condiciones siguientes: 1) ingesta en un corto periodo de tiempo y 2) sensación de pérdida de control. B) Los episodios se asocian a tres o más de los hechos siguientes: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer, aunque no se sienta hambre física y comer solo debido a la vergüenza que se siente. C) Sentimientos de tristeza o culpa al recordar los atracones. D) Los atracones se dan al menos dos días a la semana durante un periodo de 6 meses y E) Ausencia de conductas compensatorias. De esta forma se empieza a reconocer como un trastorno importante por su relación con la obesidad y con la necesidad de revisiones y posibles cambios (APA, 1994).

En 2013, el TpA en el DSM-5 es considerado como una psicopatología con nosología propia y equiparable a la Anorexia (AN) y Bulimia Nerviosa (BN), continuando casi con todos sus criterios clínicos propuestos en 1994, sólo se ajusta, la frecuencia del cuadro clínico a tres meses y la forma de contar los atracones por episodio y no por día (American Psychiatric Association [APA], 2013).

El TpA presenta un perfil sociodemográfico diferente cuando se compara con otros trastornos alimentarios como la AN o la BN, p. ej. presencia semejante en hombres y mujeres, mayores tasas de obesidad, una edad de inicio en la edad adulta y una mayor duración en la evolución del trastorno (Guerdjikova et al., 2019; Keski-Rahkonen, 2021; Kessler et al., 2013). En hombres suelen ser comunes los síndromes parciales de TpA, en población no clínica (Velázquez López et al., 2018).

Desde una perspectiva biopsicosocial, existe una amplia gama de factores que deben tomarse en consideración para comprender la complejidad de esta psicopatología, como los factores socio-culturales, p. ej. los medios de comunicación, las redes sociales, la influencia de los pares, el acoso en la etapa escolar, problemas de adaptabilidad, así como el abuso de sustancias, que sucede con mayor frecuencia en varones (Citrome, 2019). Además, es significativo mencionar los patrones familiares, entre los que destaca un apego inseguro, mayor sobreprotección, menor cohesión familiar y violencia intrafamiliar (Tetzlaff, 2016). Por otro lado, la obesidad infantil, la sobrealimentación familiar, la presión relacionada con el peso por parte de familiares y amigos, son factores que se relacionan con problemas de desadaptación en el desarrollo de esta psicopatología (Stice et al., 2017).

Entre los factores individuales existe una gran evidencia empírica que indica que algunas características psicológicas específicas, como la baja autoestima (Agüera et al., 2021), la autoevaluación negativa (Aloi et al., 2020), la insatisfacción corporal (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004), la restricción dietética (Fraysn et al., 2021; Kukk & Akkermann, 2020; Wang et al., 2019) así como el afecto negativo (Manasse et al., 2016; Smith et al., 2022; Wonderlich et al., 2022), y la desregulación emocional (Gianini et al., 2013; Walenda et al., 2021) aumentan el riesgo de desarrollar TpA. De igual forma, se ha encontrado evidencia de que los pacientes con TpA tienen dificultades para percibir, procesar y afrontar las emociones (Bento et al., 2017; Kober & Boswell, 2018). En particular, se han hallado diferencias en categorías específicas relacionadas con la inteligencia emocional, incluida la identificación, conciencia y las respuestas a distintas emociones. Algunos estudios han demostrado que las personas con menor inteligencia emocional pueden tener menor regulación emocional y son más susceptibles a un atracón alimentario (Zhang et al., 2022)

En cuanto al tratamiento del TpA, se han observado diferentes vicisitudes, ya que las primeras intervenciones estuvieron formuladas desde el campo de la obesidad y se centraban en la pérdida de peso con dietas alimentarias hipocalóricas, por lo que la mayoría fracasaban. Desde la perspectiva psicológica, los programas que empezaron a desarrollarse han sido formulados a partir de la BN, no obstante, los pacientes con TpA tienen pocas conductas compensatorias y mayores problemas de peso corporal, por lo que también fueron poco eficaces, considerando las experiencias previas se planteó la necesidad de crear intervenciones específicas para esta psicopatología (Citrome, 2019).

Algunos tratamientos psicológicos que retoman la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP) han indicado que pueden reducir la sintomatología alimentaria del trastorno, por lo que han sido recomendados como intervenciones de primera línea, y cuentan con el respaldo de varios estudios, de acuerdo a revisiones meta-analíticas (Ghaderi et al., 2018; Hilbert, 2019; Linardon et al., 2018). Aunque la TCC y la TIP pueden reducir los atracones, acceder a dichos tratamientos puede estar limitado debido a la falta de disponibilidad local y/o costo. Además, se ha observado que del 33% al 50% de estos pacientes no parecen beneficiarse completamente del tratamiento psicológico, ya que aunque estas terapias eliminan con éxito la psicopatología alimentaria, existe evidencia de poca pérdida de peso, no obstante, eliminar los atracones podría proteger contra una mayor ganancia de peso a largo plazo, por lo que, existe controversia si la reducción de peso y la supresión de los atracones deben considerarse como un éxito o no en el tratamiento psicológico (Citrome, 2019).

Diferentes guías clínicas como *The American Psychiatry Association* (APA) y *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), han recomendado un enfoque multidisciplinar para la atención de los pacientes con TpA incluyendo, médicos, psicólogos, nutriólogos y activadores físicos, junto con la TCC o algún otro tratamiento psicológico como pieza clave (NICE, 2018). Desde este enfoque, Castelnuovo et al (2017) considera importante retomar los factores psicológicos, nutricionales y médicos.

Desde la parte psicológica, el trabajo en la inteligencia emocional, los eventos vitales estresantes, las relaciones interpersonales, la sintomatología alimentaria, los problemas del estado de ánimo y ansiedad, son elementos claves que deben ser retomados en la intervención, de esta manera, es fundamental centrarse en el ejercicio del reconocimiento y manejo de las emociones así como en su relación con el atracón y la alimentación, modificando estrategias disfuncionales previas y mejorando las habilidades psicológicas y sociales (Glisenti et al., 2021).

Desde los factores nutricionales se debe auxiliar al paciente en el monitoreo de su alimentación, así como de sus atracones diarios, además, trabajar en la reorganización de cantidades de alimentos y en el cambio del comportamiento alimentario, utilizando estrategias como masticar despacio, tomarse el tiempo para disfrutar de la comida y aumentar la conciencia del placer asociado con el gusto (Castelnuovo et al., 2017; Swencionis & Rendell, 2012). Desde la parte médica y salud física se recomienda realizar exámenes periódicos con el fin de monitorear el progreso del paciente y su salud, así como posibles comorbilidades que se puedan atender (NICE, 2018).

Por consiguiente, los programas multidisciplinarios tienen tres componentes principales: terapia cognitivo-conductual como eje principal, recomendaciones nutricionales; actividad física y monitoreo médico. Estos componentes interactúan entre sí, cada uno contribuyendo al éxito final del tratamiento (Amianto et al., 2015; Costa & Melnik, 2016).

La importancia de los programas multicomponentes en distintos entornos y contextos es esencial para la mejoría de los pacientes con TpA. Por todo lo anterior, podemos decir que se comienza a reunir la evidencia de diversos tratamientos para estos pacientes, sin embargo, debemos considerar que existe un problema de accesibilidad a un tratamiento adecuado (Wyssen et al., 2021). En México el trabajo en el tratamiento de estos pacientes está empezando, no obstante, existen pocos trabajos sobre este trastorno (López-Aguilar et al., 2010; Vázquez Arévalo et al., 2015; Velázquez López et al., 2018).

Por otro lado, el desarrollo de la tecnología ha abierto posibilidades para el tratamiento en línea o llamado "on line", el cual se incrementó en la pandemia por COVID-19, nuevas modalidades de videoconferencia como zoom o meet, han traído grandes ventajas, ya que existen mayores posibilidades de interacción en diferentes horarios para las consultas, independientemente de la ubicación de los participantes, proporcionando más herramientas p. ej. de autoayuda, programas guiados/moderados a través de aplicaciones digitales o con algunas sesiones presenciales (Wyssen et al., 2021).

Varios autores como Aardoom et al. (2013), Dölemeyer et al. (2013) y Schlegl et al. (2015) han revisado la viabilidad de las intervenciones en línea para los trastornos alimentarios. En general, atribuyen una alta eficacia a estos programas, además parecen ser superiores a las condiciones de la lista de espera, p. ej. en la reducción de la psicopatología del TpA y la frecuencia de los atracones, especialmente en individuos con menos comorbilidades. Además, los pacientes con este trastorno han mostrado mejores resultados que los pacientes con BN.

Los escasos estudios sobre programas de tratamiento en línea en pacientes con TpA se han realizado en Estados Unidos y en Europa. P. ej. el programa "Salut BED" mostró alta aceptación y resultados prometedores. Después de seis meses de la intervención se observó una reducción significativa de los episodios de atracón, insatisfacción corporal, y hubo una mejoría en la calidad de vida que se mantuvo a los seis meses de seguimiento en comparación con el grupo control (Carrard et al., 2011).

Dado todo lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinar (psicológica, actividad física y nutricional) en línea con un grupo de mujeres con diagnóstico de TpA.

Método

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue cuasi experimental de un grupo clínico de tratamiento multidisciplinar en línea. Se realizaron mediciones psicométricas y antropométricas antes y después del tratamiento, al finalizar el programa las pacientes ingresaron a un período de seguimiento. En esta fase fueron evaluadas nuevamente psicométrica y antropométricamente dos y seis meses después de la intervención. Durante la etapa de seguimiento no recibieron ningún tratamiento adicional (Hernández-Sampieri et al., 2014).

El tratamiento comenzó en septiembre de 2020 y concluyó en marzo de 2021. El segundo seguimiento terminó en noviembre de 2021. Antes de realizar cualquier análisis, dado el modesto tamaño de la muestra, se tomó la decisión comparar los resultados antes, después y a través de los dos seguimientos solo en las variables centrales del tratamiento.

Participantes

Cinco mujeres provenientes de la zona metropolitana de la Ciudad de México fueron incluidas en el estudio. Las participantes contaban con una edad promedio de 43.2 años (D.E.=11.09), el peso corporal inicial promedio fue de 90 kg, el IMC promedio fue de 36.8 clasificándose dentro de probable obesidad tipo II ($X= 36.8$ D. E.= 5.21) y la media de episodios de atracón iniciales fue 3.8 (D.E. =0.83) a la semana. En cuanto al nivel educativo la mayoría de las participantes completó los estudios universitarios, con relación a su estatus marital, el 60% se encontraba casada. Ninguna mencionó tener antecedentes de adicciones. En cuanto a las comorbilidades médicas, el 40% de ellas presentaba síndrome de ovario poliquístico y el 20% hipotiroidismo e hipertensión respectivamente (tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron: participantes con mayoría de edad (18 años en adelante), que desearan involucrarse en el tratamiento y diagnosticadas con TpA. Los criterios de exclusión fueron: que no firmaran el consentimiento informado, que tuvieran una comorbilidad psiquiátrica (p. ej. esquizofrenia, trastorno bipolar y/o riesgo de suicidio) o médica (p. ej. enfermedades cardíacas o hepáticas, hipertensión descontrolada) que les

impidiera participar en el estudio, que se encontraran en algún otro tratamiento psicológico, médico y/o nutricional y que no contaran con un dispositivo electrónico para conectarse a las sesiones en línea. Y finalmente los criterios de eliminación fueron que las participantes que no concluyeran el tratamiento.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de las participantes.

Caso	Edad	Estatus Marital	Escolaridad	Ocupación	Peso inicial	IMC inicial	Episodios a la semana	Comorbilidades médicas
1	51	Casada	Preparatoria	Estudiante de Psicología	95	38	3	Hipertensión
2	47	Separada	Posgrado	Odontóloga	89	35	5	Prediabétes, hipertioidismo
3	33	Casada	Posgrado	Médica	75	31	3	Ninguna
4	55	Casada	Universidad	Ama de casa	86	35	4	Síndrome de ovario poliquístico
5	30	Soltera	Universidad	Odontóloga	105	45	4	Síndrome de ovario poliquístico

Instrumentos

1) Hoja de datos generales. Creada para la presente investigación, cuenta con 8 preguntas con información básica sobre datos sociodemográficos.

2) Autoregistro diario. Durante la intervención se desarrolló un autoregistro con la finalidad de observar el consumo de alimentarios diario, el número de atracones, las emociones asociadas, así como la actividad física realizada cada día y tratar de establecer su relación con las emociones, el hambre y saciedad.

3) Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED Interview for the Diagnosis of Eating Disorders, (Williamson et al., 1995). Se trata de una entrevista semiestructurada que se compone por 18 preguntas donde se busca realizar diagnósticos diferenciales entre AN, BN y TpA. Su composición inicial incluye preguntas con relación a la historia del problema, síntomas de evaluación general. Su extensión es de 30 a 45 minutos. Existe una versión traducida al español (Vázquez-Arevalo et al., 2000) la cual fue utilizada para la presente investigación y se adecuó a los criterios del TpA del DSM-5 (2013).

4) Escala de Atracón Alimentario (BES, Binge Eating Scale, Gormally et al., 1982). Posibilita la detección de sintomatología de atracón alimentario. Puede indicar la presencia de los síntomas centrales de esta psicopatología y proporciona indicadores de la gravedad de acuerdo a la frecuencia de atracones (Kessler et al., 2013). La escala cuenta con 16 oraciones agrupadas en dos dimensiones 1) manifestaciones cognitivas y 2) manifestaciones conductuales. Los participantes pueden agruparse en tres categorías:

los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecen de atracones, los que puntúan de 18 a 26 indicarían la presencia de atracones moderados y los que registran 27 o más son considerados con la presencia de sintomatología en un grado severo. El BES fue validado en población mexicana (Zúñiga & Robles, 2006) y recientemente por Valdez-Aguilar et al (en revisión, 2022), se realizó su análisis factorial confirmatorio donde el BES obtuvo buenos estadísticos de ajuste: 1) Chi cuadrado significativo ($X^2=226.201$, $p=.001$), con $gl= 100$, 2) $GFI=.961$, 3) $NFI =.955$, 4) $CFI=.975$ y 5) $RMSEA =.053$). En esta validación mexicana se encontró para la dimensión de sentimientos un $\alpha=.88$, mientras para la dimensión de conductas un $\alpha=.87$ y un punto de corte de 17.

5) Cuestionario de Patrones de alimentación y peso versión 5 (QEWP, Questionnaire on Eating and Weight Patterns- 5 (Spitzer et al., 1992) . Se utiliza para identificar individuos con episodios de atracón recurrentes con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo con DSM-5. Fue validado para México por (López-Aguilar et al., 2010). El cuestionario está compuesto por 13 reactivos, donde se indaga acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración de este y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso.

6) Escala de Inteligencia Emocional (TMMS -24 Trait Meta-Mood Scale versión española de Fernández-Berrocal et al., 2004) Fue validada para México por Vázquez-Arévalo et al. (2019). Evalúa metaconocimientos de los estados emocionales (destrezas con las que se puede ser consciente de las propias emociones y la capacidad personal para regularlas). Consta de 24 ítems, es una escala tipo Likert con una valoración del 1 a 5 que va de Nada de acuerdo a, Totalmente de acuerdo; está organizada en tres factores: 1. Atención 2. Claridad o Comprensión y 3. Regulación de las emociones. El puntaje se obtiene sumando las respuestas de cada factor. Existen diferencias en las puntuaciones de hombres y mujeres.

7) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory, Beck et al., 1988). Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de ansiedad y su severidad, para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por (Robles et al., 2001). La versión mexicana del BAI presenta una alta consistencia interna 0.84 y 0.83, en estudiantes y adultos. Al aplicarse, se pide a los respondientes que indiquen cuánto han sido afectados por una serie de síntomas durante la última semana. La calificación se hace a través de una escala tipo Likert de 0 a 3 . Las normas de calificación en población mexicana son de 0 a 5 puntos, ansiedad mínima; de 6 a 15, ansiedad leve; de 16 a 30 puntos, ansiedad moderada, y de 31 a 63, ansiedad severa. El criterio para considerar la ansiedad como clínicamente relevante es obtener 16 puntos o más.

8) Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck Depression Inventory, Beck et al., 1996). Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de depresión y su severidad, para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por (Jurado et al., 1998). Es un instrumento autoadministrable de 21 reactivos con los que se evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva. Cada reactivo se califica de 0 a 3. La suma de todas sus respuestas varía de 0 a 63 puntos. Cuanto mayor es el resultado obtenido, mayor es la severidad de los síntomas depresivos. Un resultado superior a 10 revela presencia sintomatología de depresión. Este instrumento tiene una validez concurrente adecuada ($r = .70$) y alta consistencia interna ($\alpha = .87$).

Procedimiento

Las participantes fueron contactadas por medio de un anuncio en redes sociales de la universidad. Las personas interesadas enviaron un correo electrónico a la investigadora principal, en un inicio se contó con 150 solicitudes. Los participantes respondieron primeramente dos instrumentos psicológicos: Escala de Atracón (BES) y Cuestionario de Patrones de alimentación y peso (QEWP-5), aquellas personas que rebasaron el punto de corte de éstos, fueron entrevistadas y diagnosticadas por un equipo de psicólogas a través de la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (Vázquez-Arevalo et al., 2000) por medio de los criterios del DSM-5 de esta manera, cinco mujeres fueron reclutadas para el estudio.

El contacto inicial con las participantes se realizó vía teléfono y por correo electrónico, posteriormente se les envió el resto de la batería psicométrica: Escala de Inteligencia Emocional (Fernandez-Berrocal et al., 2004), Inventario de Ansiedad de Beck (Robles et al., 2001), Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998), y el consentimiento informado, el cual contenía el objetivo de la investigación. Tal como indican los principios éticos de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) se les aseguró que la información brindada era de carácter confidencial y voluntaria.

En la primera sesión se dio a conocer a todo el equipo multidisciplinar que participaría durante la intervención, así como el encuadre de las sesiones. A las pacientes se les solicitó que comenzaran a registrar sus comidas y atracones diarios en el autoregistro el cual se subía a la plataforma Classroom. Además, cada semana se les pedía que registrarán su peso -de preferencia se pesaran en una misma báscula-. Las cinco participantes completaron las 24 sesiones del tratamiento, después de esto se realizó la post evaluación y dos seguimientos a los dos y seis meses después. Se aplicó las mismas mediciones psicométricas y antropométricas (autoreporte de talla y peso) en los cuatro momentos de evaluación.

El tratamiento fue aplicado por 5 psicólogos(as), 1 médica del deporte y 1 nutrióloga, quienes previamente fueron capacitados durante seis meses sobre la intervención y en conocer las características del TpA, cada profesional participó en las sesiones de acuerdo con su área de experticia.

Consideraciones éticas

La aprobación del estudio fue otorgada en agosto de 2020 por el Comité de Ética del Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (número de oficio 0165). Todas las participantes firmaron el consentimiento informado, el cual contenía el objetivo de la investigación y se les informó que se podían retirar de forma voluntario en cualquier momento del tratamiento si lo consideraban oportuno.

Descripción del tratamiento multidisciplinar

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

El tratamiento se realizó en 24 sesiones durante seis meses con una frecuencia semanal. Cada sesión tuvo una duración de dos horas. La primera hora se trabajaba de forma grupal y la segunda de manera individual. Las sesiones siempre comenzaban con una revisión de los autoregistros diarios por parte de una nutrióloga, posteriormente se hacía una retroalimentación acerca de las metas nutricionales fijadas al inicio del tratamiento, además del aumento o disminución de ciertos alimentos –se enfatizaba el consumo diario de frutas y verduras–, planeación de comidas y porciones.

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

La segunda hora de la sesión cada paciente recibía su terapia individual de 45 min-1 hora. Las pacientes tenían asignado su propio terapeuta durante todo el tratamiento, además en esta parte se abordaban los temas que previamente se habían revisado en la primera hora (p. ej. heridas emocionales, duelos no resueltos, resiliencia etc.), además de problemáticas emocionales, historias de vida relacionadas con el trastorno y el atracón. En cada sesión se otorgaban tareas terapéuticas que se revisaban en la siguiente sesión individual. En la tabla 2 se puede observar las fases y temáticas de todo el tratamiento multidisciplinar.

El equipo de psicólogos(as) se mantenía presente durante toda la sesión grupal y posteriormente cada uno tenía sesión individual con su paciente asignado. Por otro lado, cada semana se realizaba una reunión de todo el equipo terapéutico en el que se evaluaba lo tratado en la sesión pasada y se indicaba lo que se abordaría en la siguiente la sesión

grupal e individual. De esta forma, el trabajo de la nutrióloga fue intervenir en la parte de los registros alimentarios, haciendo observaciones en la planeación, compra y cambios en el consumo de alimentos a lo largo de todo el tratamiento, con el fin de impactar en la mejora de los hábitos alimentarios de las pacientes y así mejorar su relación con la comida. La médica del deporte auxilió en las sesiones sobre comorbilidades médicas y complicaciones del trastorno, de este modo, se dio a cada paciente indicaciones pertinentes de acuerdo con su estado de salud y de la actividad física recomendada.

Tabla 2. *Sesiones del tratamiento multidisciplinar.*

Sesión	Objetivo
I. Sintomatología de TpA	
1. Psicoeducación y motivación	Dar psicoeducación acerca el trastorno y del tratamiento.
2. Responsabilizándome de mis emociones	Introducir las emociones y la regulación de éstas en diferentes situaciones.
3. Nutriéndome sanamente	Comer de manera planeada y estructurada para evitar el ciclo de la restricción-atracón.
4. ¿Quién soy yo?	Comprender la importancia de conocerse así mismo.
II. Diferentes temáticas clínicas	
5. Actividad física	Conocer la importancia de la actividad física en la vida diaria.
6. Liberándome de mi pasado	Trabajar con emociones y situaciones del pasado.
7. Autoestima	Trabajar con autoestima y que el participante se de cuenta de sus fortalezas.
8. Fortalezas y debilidades	Trabajar con autoestima y que el participante se de cuenta de sus fortalezas.
9. Imagen corporal	Trabajar con las cualidades de los participantes y los estándares de belleza.
10. Imagen corporal	Trabajar en reconciliarse consigo mismo y aceptar su cuerpo.
11. Beneficios de la actividad física	Monitorear la actividad física y los ejercicios que se realizan en casa.
12. Peticiones y solución de conflictos	Solucionar problemas y conflictos de manera asertiva.
13. ¿Quién soy y a dónde voy?	Revisar las herramientas que se han trabajado a lo largo del tratamiento.
14. Regulación emocional	Conocer y utilizar diversas estrategias de regulación emocional.
15. Ser hombre y ser mujer	Analizar el rol de ser hombre y ser mujer en la sociedad actual.
16. Evaluando mi peso	Revisar gráficas de peso de cada participante a lo largo del tratamiento.
17. Duelos	Dar a conocer qué es un duelo y su proceso.
18. Pérdidas y duelos	Trabajar sobre la experiencia de pérdida y su elaboración.
19. Despedidas	Explicar el proceso de elaboración de duelo y su trabajo individual.
20. Heridas emocionales	Conocer las heridas emocionales y su diferencia con el trauma emocional.

21. Resiliencia	Analizar qué es la resiliencia y su aplicación en diferentes situaciones de la vida.
22. Maternidad y paternidad	Explicar la relación de los padres con los hijos a través de la maternidad y paternidad.
III. Prevención de recaídas	
23. Prevención de recaídas	Explicar qué es una caída y recaída y formas de afrontarlas.
24. Preparándome para el futuro	Elaboración de un plan de cierre y seguimiento de lo revisado en el tratamiento.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para comparar las puntuaciones y considerar si había diferencias dentro del grupo. Para observar los cambios en las medidas del pre-post test y seguimientos se recurrió a la prueba de Friedman. Para examinar el cambio individual en las variables psicológicas se realizó un análisis de cambio clínico objetivo. Todos los datos fueron realizados a través de SPSS versión 23.

Resultados

Los resultados de la investigación se presentan de acuerdo con los objetivos clínicos: 1) sintomatología de atracón 2) Sintomatología de ansiedad y depresión 3) inteligencia emocional 4) peso corporal, alimentación y actividad física.

1) Sintomatología de atracón

En la tabla 3 se presentan los resultados de las variables psicológicas de la preevaluación al segundo seguimiento. En cuanto a la sintomatología alimentaria se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la preevaluación al segundo seguimiento, en la puntuación total de la Escala de Atracón ($\chi^2=12.84$; $p=.005$) observándose una importante disminución de los atracones.

Tabla 3. Comparaciones a través de la prueba de Friedman entre la línea base y los seguimientos en las variables clínicas del tratamiento multidisciplinar.

Escala	N=5					X	P
	Pre	Post	1er seg	2do seg			
Escala de atracón (BES)	30.20(4.08)	4.40 (2.40)	7.60 (4.56)	10.80 (3.96)	12.84	.005*	
Cuestionario de Patrones Alimentarios (QEWP-R)	8.00 (2.00)	4.20 (2.58)	4.00 (3.31)	5.00 (2.54)	7.60	.055	
Inventario de ansiedad Beck (BAI)	28.80 (11.18)	7.20 (1.30)	10.80 (3.56)	12.40 (6.18)	10.83	.013*	
Inventario de Depresión Beck (BDI)	19.80 (3.27)	3.0 (1.22)	4.20 (4.91)	4.00(2.73)	10.18	.017*	
Escala de Inteligencia emocional (TMMS-24)							
Atención	27.40 (8.11)	25.80 (5.16)	25.40 (5.85)	26.20 (6.05)	1.31	.320	
Comprensión	21.00 (7.07)	25.20 (5.44)	25.20 (5.44)	30.20 (4.96)	9.63	.025*	
Regulación	28.40 (6.26)	33.00 (5.74)	27.40 (3.78)	28.40 (6.26)	7.77	.050*	

* $p<0.05$.

2) Sintomatología de ansiedad, depresión e inteligencia emocional

Para la sintomatología de ansiedad se encontraron diferencias significativas de la pre evaluación al segundo seguimiento ($\chi^2=10.83.96$; $p=.013$), a partir de las puntuaciones totales medidas a través del BAI, de esta forma se observó que al inició las participantes presentaron una puntuación promedio que indicaba ansiedad moderada y al final del tratamiento se mostraron sin sintomatología, lo que se mantuvo en los seguimientos.

En la sintomatología de depresión medida con las puntuaciones totales del BDI se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=10.18$; $p=.017$); al inicio las participantes presentaron síntomas depresivos moderados y al final se observaron sin sintomatología, de esta forma, se apreció que las disminuciones se mantuvieron en los seguimientos realizados. En cuanto a los resultados la inteligencia emocional que fue medida con el TMMS-24 se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la pre evaluación al segundo seguimiento en los factores de comprensión ($\chi^2=9.63$; $p=.025$) y regulación emocional ($\chi^2=7.77$; $p=.050$), es decir, las participantes mejoraron sus puntuaciones en los tres factores (tabla 3).

3) Peso corporal, alimentación y actividad física

Peso corporal

En cuanto al peso se observó una reducción del peso corporal en todas las participantes, de la pre a la post evaluación, esta disminución osciló de 2 a 13 kilos (figura 1).

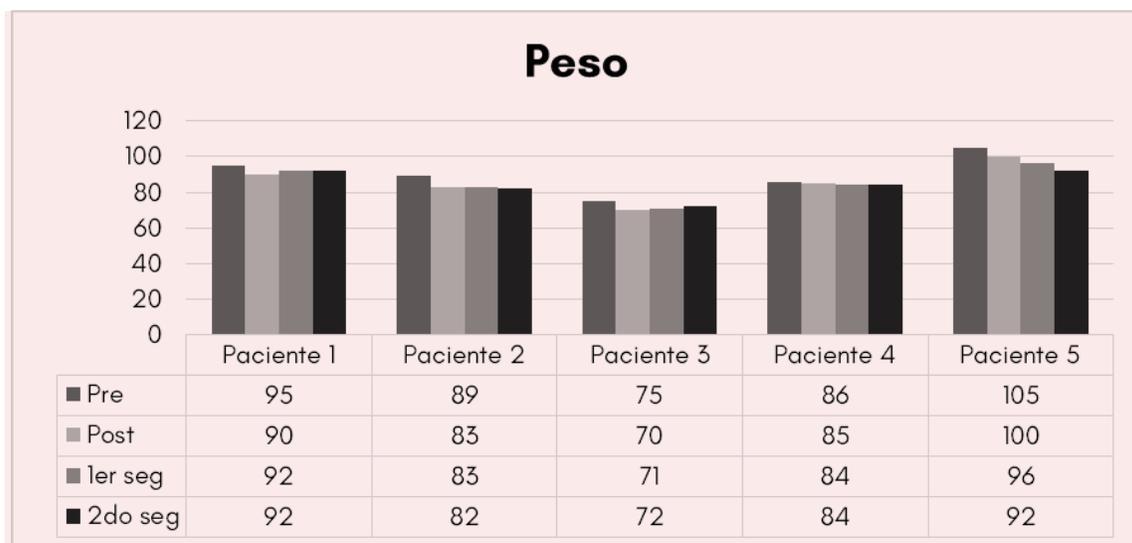


Figura 1. Cambios en el peso corporal de las participantes a lo largo del tratamiento de la línea base al segundo seguimiento.

Alimentación

Al principio del estudio se observó escaso consumo de frutas y verduras, sobretodo en el desayuno y de 2 a 3 veces por semana, además había bastante ingesta de azúcares, cereales y tubérculos, que se introducían sobretodo en la noche de 4 a 6 veces por semana. Después de la intervención se observó una disminución en el consumo de azúcares y cereales reduciéndolos a 2 a 3 veces por semana. En la tabla 4 se presentan los resultados de la frecuencia semanal de consumo de los participantes evaluado en los cuatro momentos de medición (pre, post y seguimientos). Se observó que en los seguimientos no se mantuvo la disminución del consumo de cereales y tubérculos, pero si continuó la reducción de la ingesta de azúcares. Se mostró constante el aumento del consumo de verduras y hortalizas sobre todo en el desayuno y la comida, sin embargo, disminuyó la ingesta de frutas en los tres tiempos de comida.

Tabla 4. Frecuencia de consumo alimentario de las participantes por tiempos de comida y en las diferentes fases del tratamiento.

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

Actividad física

Por otro lado, las participantes lograron, adherir la actividad física a su rutina diaria, realizándola entre dos a y siete veces a la semana con actividades de baja a media intensidad como caminata, cardio, bicicleta o yoga. En la tabla 5 se observa los cambios que realizaron las participantes y que mantuvieron después de la intervención.

Tabla 5. Cambios en la actividad física de las participantes a lo largo del tratamiento multidisciplinario.

Participante	Actividad y tiempo al inicio del tratamiento	Actividad y tiempo después de la orientación	Actividad y tiempo al final del tratamiento	Actividad más frecuente	Días a la semana de AF	Horas de AF realizada durante las 24 semanas
1	2 días a la semana Caminar 60 min	Caminar 70min Cardio 60min	Caminar 330min Cardio 80min	Caminar y cardio	Inicio 2 Final 5	24
2	S/A	Caminar 80min Cardio 110min Salto de cuerda 10 min Baile 20 min	Caminar 90min Cardio 145min Salto de cuerda 20 min Baile 180 min	Caminar, Cardio, bicicleta, Salto de cuerda y baile	Inicio 2 Final 5	32
3	3 días a la semana Caminar 90 min	Caminar 150min	Caminar 210min	Caminar	Inicio 3 Final 7	43.6
4	S/A	Yoga 105min Cardio 40min	Yoga 120min Cardio 60 min	Yoga y cardio	Inicio 1 Final 6	39.6
5	S/A	Caminar 30min	Caminar 40 min	Caminar y bicicleta	Inicio 1 Final 5	14.6

Cambio Clínico Objetivo de las participantes

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

Como se puede observar en la tabla 6 todas las participantes obtuvieron un cambio positivo mayor al 70% en la sintomatología de atracón, en cuanto a la sintomatología de ansiedad también hubo cambios entre 50 y 70% en las participantes, de igual forma en la variable de depresión de 88 a 72%. En cuanto a la inteligencia emocional hubo cambios positivos en tres pacientes de entre 21 y 44% en el factor atención, asimismo, en la claridad emocional, se observó cambios en tres participantes de entre 47% y 54%, por últimos en regulación emocional hubo cambios positivos en tres pacientes entre 21 y 100%.

Tabla 6. Cambio clínico objetivo de las variables psicológicas intervenidas.

Participante	Variable	CCO Pre-Post	CCO Pre-Seg 1	CCO Pre-Seg 2
1	Sintomatología de atracón	94%	71%	58%
	Sintomatología de ansiedad	78%	41%	44%
	Sintomatología de depresión	72%	67%	61%
	Atención emocional	15%	10%	15%
	Claridad emocional	47%	21%	42%
	Regulación emocional	68%	47%	74%
2	Sintomatología de atracón	82%	64%	82%
	Sintomatología de ansiedad	54%	54%	57%
	Sintomatología de depresión	68%	68%	21%
	Atención emocional	27%	27%	18%
	Claridad emocional	47%	47%	40%
	Regulación emocional	21%	20%	32%
3	Sintomatología de atracón	79%	85%	58%
	Sintomatología de ansiedad	82%	65%	88%
	Sintomatología de depresión	88%	100%	100%
	Atención emocional	20%	8%	11%
	Claridad emocional	100%	78%	90%
	Regulación emocional	100%	47%	84%
4	Sintomatología de atracón	91%	88%	81%
	Sintomatología de ansiedad	74%	65%	39%
	Sintomatología de depresión	88%	29%	65%
	Atención emocional	3%	3%	13%
	Claridad emocional	54%	12%	19%
	Regulación emocional	15%	10%	39%
5	Sintomatología de atracón	87%	78%	70%
	Sintomatología de ansiedad	78%	83%	61%
	Sintomatología de depresión	86%	90%	86%
	Atención emocional	44%	34%	22%
	Claridad emocional	20%	20%	7%
	Regulación emocional	14%	19%	43%

Discusión

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinar en línea en mujeres con TpA. Las participantes del tratamiento fueron mujeres con una media de 43 años de edad, todas las pacientes presentaban obesidad y al inicio de la intervención tenían un rango de entre 3 y 4 episodios de atracón a la semana. Entre las problemáticas médicas asociadas refirieron hipertensión, síndrome de ovario poliquístico, diabetes e hipotiroidismo. Considerando que la conformación del grupo fue únicamente de mujeres, podemos decir, que de acuerdo a la literatura, las mujeres tienen más probabilidades de pedir ayuda para un trastorno alimentario a pesar de que existen tasas similares de TpA por sexo (Keski-Rahkonen, 2021). Además, se ha observado que en los hombres existe menor conciencia de las psicopatologías alimentarias y mayor reticencia a buscar tratamiento porque posiblemente lo consideren “femenino” (Velázquez López et al., 2018). Dado lo anterior, fue importante que las personas inscritas decidieran acudir al tratamiento, ya que muchas de ellas desconocían el TpA y cómo el trastorno influía en sus emociones y su forma de comer, por lo que valdría la pena implementar estrategias para lograr que más varones acudan a tratamiento, ya que están subrepresentados en la investigación, tanto en la caracterización como en el tratamiento.

Respecto a la sintomatología del atracón las pacientes iniciaron con una tendencia severa y posteriormente observamos un CCO positivo en todas las participantes que iba de 79% a 94% esta tendencia perduró hasta el segundo seguimiento realizado. A través de la reducción de la sintomatología de TpA se puede decir que el tratamiento fue efectivo, debido a que al final de la intervención ninguna de las participantes refirió tener atracones o alguna otra sintomatología alimentaria, además mejoraron su modo de comer. Estos hallazgos son semejantes con dos estudios que también se llevaron a cabo en línea. En el primero basado en la TCC se disminuyó la sintomatología alimentaria significativamente (Jensen et al., 2020), lo cual es central para que se pueda decir que un tratamiento de TpA sea efectivo; en el segundo, se observó una reducción en la frecuencia de atracones que perduró en el seguimiento (Wyssen et al., 2021), en ambos estudios también se utilizaron registros alimentarios, se abordó temas centrales como alimentación, sintomatología de ansiedad y depresión y la alianza con el terapeuta fue importante para que los pacientes estuvieran motivados para continuar con el tratamiento.

Con relación a la sintomatología de ansiedad las participantes iniciaron con una tendencia moderada y al final de la intervención se observó un CCO positivo en todas las pacientes que iba de 54 a 82%, de tal manera que, la sintomatología de ansiedad dejó de ser notable en ellas. En los seguimientos se observó que la disminución se mantuvo en todas las participantes. Es necesario mencionar que la efectividad en la variable de ansiedad tuvo que ver con algunas técnicas empleadas durante la intervención como el trabajo sobre las emociones, y el mindfulness, lo cual puede ser especialmente efectivo al tratar con la sintomatología de la ansiedad que en muchas ocasiones es comórbida al trastorno (Butler & Heimberg, 2020). De esta forma se sabe que los pacientes con TpA tienen comorbilidades con

otros trastornos como ansiedad y trastornos del estado de ánimo y aunque nuestras participantes únicamente presentaban sintomatología moderada se pudo tener éxito al trabajar con ellas en esta área.

En cuanto a la sintomatología de depresión las participantes iniciaron una tendencia moderada de síntomas depresivos y al final del tratamiento observamos un CCO positivo en todas las participantes que iba de 72 a 88%, por lo que la sintomatología de depresión dejó de ser relevante. En los seguimientos se observó que la disminución se mantuvo constante en 4 de las 5 pacientes, lo que indicó un buen nivel de eficacia del tratamiento. Se ha observado que la sintomatología de depresión, es un síntoma clínico en los pacientes con TpA y además la literatura refiere que los pacientes con menos comorbilidades reaccionan mejor a los tratamientos en línea (Taylor et al., 2021), por lo que diferentes tratamientos en línea lo han abordado de manera efectiva (Yim et al., 2021), de tal manera que nuestros datos aportan evidencia de un tratamiento que pudo incidir de manera positiva y que estos cambios se mantuvieron a través del tiempo.

Respecto a los resultados en la variable de inteligencia emocional se observó que no hubo mayores modificaciones, en parte, debido a que en la primera evaluación (pre) algunas participantes presentaron puntajes adecuados. En el factor de atención emocional hubo un CCO positivo en dos participantes que iba de 27 a 44% el cual se mantuvo. En el factor de claridad emocional se observó un cambio positivo en cuatro participantes que iba de 47 a 100%, el cual se logró mantener en tres pacientes y en el factor de regulación emocional se observó un CCO en tres participantes que iba de 21 a 100%, este cambio se mantuvo en las tres participantes. Es de destacarse el trabajo en las emociones, ya que es parte central en el TpA, por lo que, al final del tratamiento y en el seguimiento las cinco participantes tuvieron adecuadas puntuaciones e incluso las mejoraron. Varios autores han proporcionado evidencia de que las personas con TpA son menos capaces de manejar las emociones o usan estrategias de regulación emocional más disfuncionales (Craven & Fekete, 2019; Dingemans et al., 2017). De esta forma, se ha observado que la inteligencia emocional constituye un factor de protección ante la adquisición y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Mesa et al., 2022). Dado lo anterior, el proveer de nuevas herramientas socioemocionales fue sustancial para las pacientes, ya que lograron una mayor conciencia respecto a lo que sentían y aprendieron a no usar el atracón como una forma de afrontamiento a sus problemas.

Por otro lado, es importante señalar que fue alentador el observar una disminución de peso de entre 2 y 13 kilos en las pacientes, sobre todo por las características médicas y de edad de las participantes. La pérdida de peso ha sido un punto de discusión frecuente en la literatura, si se debiese o no contemplar como parte de la efectividad de una intervención para TpA. Se ha observado que generalmente los tratamientos psicológicos no tienen como resultado la pérdida de peso corporal, aunque eliminan con éxito los atracones y esto puede proteger contra una ganancia de peso corporal a largo plazo (Citrome, 2019). En el presente estudio al usar una intervención multicomponente, es decir, combinar la parte psicológica con la nutricional y actividad física, se observó reducciones de peso y talla, de igual manera, adhirieron la actividad física a su rutina. Además, es significativo considerar que algunas

pacientes se encontraban en la menopausia y/o tenían problemas de hipotiroidismo por lo que, es relevante que, a pesar de estas problemáticas asociadas, redujeran su peso.

Dado lo anterior, recientemente se ha desarrollado evidencia de la necesidad de programas multidisciplinarios como lo señala Amianto et al (2015) y Da Luz et al. (2021) ajustando las intervenciones psicológicas a un formato multidisciplinar de tal manera que incluyan la parte psicológica, nutricional, médica e intervenciones de actividad física para personas con TpA y con comorbilidades médicas (Amianto et al., 2015; Da Luz et al., 2021). Un ejemplo de estos programas fue HAPIFED que fue un estudio piloto multidisciplinario que integró una terapia para la reducción de peso junto con la intervención psicoterapéutica (Da Luz et al., 2017). En el presente estudio se observó las necesidades de las pacientes desde un inicio visualizando la complejidad y las comorbilidades del trastorno y de esta forma adaptándolo a las diferentes fases de la intervención.

Es de destacar el equipo multidisciplinar ya que ayudó a que se trabajaran los aspectos psicológicos del trastorno a partir tanto de la terapia grupal como individual, donde se profundizaba con cada paciente sus problemáticas emocionales, además, se trabajó los problemas médicos nutricionales y asociados, esto por medio de la ayuda de los otros profesionales, lo cual, de acuerdo con la literatura es necesario en pacientes que sufren de problemas metabólicos asociados (Citrome, 2019).

Estos hallazgos preliminares son de importancia, ya que la finalización del tratamiento en línea de las participantes se asoció con mejorías en todos los objetivos terapéuticos, por lo que es alentador continuar este tipo de intervenciones y sobretodo seguir en línea ya que algunas pacientes mencionaron que no podrían acudir por la distancia de hasta 2 horas para llegar, prohibido por la pandemia, además, el tiempo ahorrado en traslados permitió que pudieran completar todo el tratamiento de forma efectiva. De esta forma, el comienzo de la pandemia COVID-19 nos planteó el reto de adaptar el tratamiento en línea "on line", porque lo pilotajes previos habían sido presenciales, no obstante, resultó en una fortaleza, por la respuesta de los participantes, y la conformación del equipo terapéutico y multidisciplinar.

Los hallazgos del presente estudio tienen algunas limitaciones. El número de participantes fue pequeño, lo que resulta en un poder limitado para generalizar nuestros resultados. Una segunda limitante fue que los hallazgos en la variable de inteligencia emocional no fueron tan eficientes como se esperaba, ya que algunos cambios no se mantuvieron en los seguimientos, por lo que esto es un área de oportunidad para futuras intervenciones dado el papel tan importante que juegan las emociones en el TpA. Por lo que sería fundamental incluir dos sesiones más sobre inteligencia emocional, de tal forma que, esto beneficie a los pacientes no solo a corto plazo. Por otro lado, a pesar de que en las reuniones del equipo terapéutico se estandarizó la parte grupal de tratamiento con el fin de que todas las participantes recibieran la misma información, fue difícil controlar la parte individual, al tener diferentes terapeutas atendiendo a las pacientes, por lo que esto podría haber sesgado los resultados. Otra limitante fue el no poder medir antropométricamente a las pacientes y únicamente tener como referencia el peso y el IMC, ya que son medidas que posiblemente nos hayan restringido para

observar si hubo un mayor impacto sobre las participantes tanto en la salud física como nutricional.

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

Conclusión

Este tratamiento multidisciplinar demostró ser eficaz sobre los objetivos clínicos planteados: sintomatología de atracón, sintomatología de ansiedad y depresión, mejoría de inteligencia emocional, hábitos alimentarios, peso corporal y actividad física. Los hallazgos de la intervención son significativos, ya que es uno de los primeros estudios de tratamiento en TpA en línea realizados en México. En estudios futuros se debe mejorar el tamaño de los participantes y pulir los instrumentos de medición e intentar la participación de varones.

Reconocimientos

Financiamiento PAPIIT-306721 Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Número de cuenta 519011803; Número de becado 622907

Referencias

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders, 46*(6), 539-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22135>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental (4a ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental (5a ed.)*. APA.
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie, 35*(2), 57-67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>

- Aloi, M., Rania, M., Carbone, E. A., Calabrò, G., Caroleo, M., Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A., & Segura-Garcia, C. (2020). The role of self-monitoring metacognition sub-function and negative urgency related to binge severity. *European Eating Disorders Review, 28*(5), 580-586. <https://doi.org/10.1002/erv.2742>
- Amianto, F., Ottone, L., Abbate Daga, G., & Fassino, S. (2015). Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry, 15*(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>
- Asociación Médica Mundial. (21 de marzo de 2017). Declaración de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://tinyurl.com/enuu7ab3>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, 67*(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
- Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A. L., & Marta-Simões, J. (2017). Regulação emocional e comportamento alimentar perturbado: O impacto distinto da fusão cognitiva e de uma atitude de apreço em relação à imagem corporal. *Psychologica, 60*(2), 11-25. <https://doi.org/h42f>
- Butler, R. M., & Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 78*, 101851. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011). Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 49*(8), 482-491. <https://doi.org/dk4c7v>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management, 10*, 165-173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- 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>
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: An overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (São Paulo), 14*(2), 235-277. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>

- Craven, M. P., & Fekete, E. M. (2019). Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating Behaviors, 33*, 44-48. <https://doi.org/gjw335>
- Da Luz, F., Hay, P., Wisniewski, L., Cordás, T., & Sainsbury, A. (2021). The treatment of binge eating disorder with cognitive behavior therapy and other therapies: An overview and clinical considerations. *Obesity Reviews, 22*(5). <https://doi.org/10.1111/obr.13180>
- Da Luz, F. Q., Swinbourne, J., Sainsbury, A., Touyz, S., Palavras, M., Claudino, A., & Hay, P. (2017). HAPIFED: A Healthy Approach to weight management and Food in Eating Disorders: a case series and manual development. *Journal of Eating Disorders, 5*(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0162-2>
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients, 9*(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Dölemeyer, R., Tietjen, A., Kersting, A., & Wagner, B. (2013). Internet-based interventions for eating disorders in adults: A systematic review. *BMC Psychiatry, 13*(1), 207. <https://doi.org/gbdjnt>
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Frayn, M., Fojtu, C., & Juarascio, A. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology, 40*(12), 6249-6258. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
- Ghaderi, A., Odeberg, J., Gustafsson, S., Råstam, M., Brolund, A., Pettersson, A., & Parling, T. (2018). Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ, 6*, e5113. <https://doi.org/10.7717/peerj.5113>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors, 14*(3), 309-313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders, 9*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- 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/b29mxz>
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *The Medical Clinics of North America, 103*(4), 669-680. <https://doi.org/gntdb5>

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hilbert, A. (2019). Binge-Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- 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>
- Jensen, E. S., Linnet, J., Holmberg, T. T., Tarp, K., Nielsen, J. H., & Lichtenstein, M. B. (2020). Effectiveness of internet-based guided self-help for binge-eating disorder and characteristics of completers versus noncompleters. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2026-2031. <https://doi.org/10.1002/eat.23384>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31. <https://tinyurl.com/u5jfmbec>
- Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 525-531. <https://doi.org/h423>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kober, H., & Boswell, R. G. (2018). Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 60, 32-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.004>
- Kukk, K., & Akkermann, K. (2020). Emotion regulation difficulties and dietary restraint independently predict binge eating among men. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1553-1560. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00791-9>
- Linardon, J., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2018). Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy for binge-eating-type disorders on abstinence rates in nonrandomized effectiveness studies: Comparable outcomes to randomized, controlled trials? *International Journal of Eating Disorders*, 51(12), 1303-1311. <https://doi.org/10.1002/eat.22986>

- López-Aguilar, X., Mancilla, J. M., Vazquez-Arevalo, R., Ocampo, M. T., Franco, K., & Alvarez-Rayón, G. L. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 25-38. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780.2010.2.1.20407>
- Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S. G., Zhang, F., Forman, E. M., & Juarascio, A. S. (2016). Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation. *Appetite*, 105, 172-179. <https://doi.org/f826rc>
- Mesa, J. R., Fernández, M. Á. P., & Pacheco, N. E. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional. *European journal of education and psychology*, 15(1), 3. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i1.1767>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Supporting adult carers* (Vol. 150, Guideline). NICE. <https://tinyurl.com/4dv2d8eh>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The Potential of Technology-Based Psychological Interventions for Anorexia and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e3554. <https://doi.org/10.2196/jmir.3554>
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, L. M., Schaefer, L. M., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2022). Naturalistically assessed associations between physical activity, affective functioning, and binge eating among adults with binge-eating disorder. *Eating Disorders*, 30(2), 154-167. <https://doi.org/h425>
- 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>
- 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>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295. <https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Swencionis, C., & Rendell, S. L. (2012). The psychology of obesity. *Abdominal Imaging*, 37(5), 733-737. <https://doi.org/10.1007/s00261-012-9863-9>

- Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health, 31*(Supp. 1), i3-i10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>
- Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A., y Hilbert, A. (2016) Family Functioning in Adolescents with Binge-Eating Disorder. *European Eating Disorders Review, 24*(5), 430-433. <https://doi.org/10.1002/erv.2462>
- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayon, G.L, Ocampo, Tellez-Giron M.T., y Mancilla Díaz, J.M. (2000). Eating disorders and associated factors in dance students. *Psicología Contemporánea, 7*, 56-65.
- Vázquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X., Ocampo Tellez-Girón, M. T., y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: From the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*(2), 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- 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. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.014>
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S., & Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
- Wang, S. B., Jones, P. J., Dreier, M., Elliott, H., & Grilo, C. M. (2019). Core psychopathology of treatment-seeking patients with binge-eating disorder: A network analysis investigation. *Psychological Medicine, 49*(11), 1923-1928. <https://doi.org/gd9scb>
- Williamson, D. A., Anderson, D. A., Jackman, L. P., & Jackson, S. R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. En D. B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). Sage.
- Wonderlich, J. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Peterson, C. B., Le Grange, D., Wonderlich, S. A., & Fischer, S. (2022). Negative affect and binge eating: Assessing the unique trajectories of negative affect before and after binge - eating episodes across eating disorder diagnostic classifications. *International Journal of Eating Disorders, 55*(2), 223-230. <https://doi.org/10.1002/eat.23648>

- Wyssen, A., Meyer, A. H., Messerli-Bürgy, N., Forrer, F., Vanhulst, P., Lalanne, D., & Munsch, S. (2021a). BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *European Eating Disorders Review*, 29(6), 937-954. <https://doi.org/10.1002/erv.2856>
- Yim, S. H., Spencer, L., Gordon, G., Allen, K. L., Musiat, P., & Schmidt, U. (2021). Views on online self-help programmes from people with eating disorders and their carers in UK. *European Journal of Public Health*, 31(Supp. 1), i88-i93. <https://doi.org/h427>
- Zhang, J., Wang, Y., Wu, C., & He, J. (2022). The relationship between emotional intelligence and eating disorders or disordered eating behaviors: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 185, 111239. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111239>
- Zúñiga, O., y Robles, R.(2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15(5),126-134. <https://tinyurl.com/2czcvwsk>

Para citar en APA

Valdez-Aguilar, M., Vázquez-Arévalo, R., Guzmán Saldaña, R. M. E., Figueroa Hernández, J. A. & Rodríguez Nabor, A. (2022). Intervención multidisciplinaria en línea para mujeres con trastorno por atracón. *Terapia Psicológica (En línea)*, 40(1), 171-195. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082022000200171>