

El trastorno por atracón

ebook.ecog-obesity.eu/es/nutricion-eleccion-alimentos-comportamiento-alimenticio/el-trastorno-por-atracon



Lien Goossens

Lien Goossens se graduó como psicóloga clínica en julio de 2004 en la Universidad de Gante (Bélgica)

Caroline Braet

Caroline Braet tiene un doctorado y trabaja como profesora en el Departamento de Desarrollo, Personalidad y Psicología Social en la Universidad de Gante, Bélgica.

Los atracones son el tipo más común de comportamiento alimentario desordenado entre los niños y adolescentes obesos. Debido a su asociación con niveles elevados de angustia psicosocial, la experiencia de los atracones de comer se suma a la carga causada por la obesidad. En el capítulo actual, se proporcionará una visión general de la conceptualización, la prevalencia, el desarrollo y el curso de los jóvenes obesos compulsivos..

Conceptualización de atracones.

El comportamiento alimentario de los niños que son obesos es más complejo de lo que inicialmente se pensaba. Está demostrado que las personas que son obesas pueden exhibir comportamientos alimenticios diferentes en ausencia de hambre, como comer bocadillos después de una comida. comer alimentos reconfortantes cuando se siente deprimido, comer durante la noche, comer demasiado seguido de vómitos, comer con moderación y saltarse la comida. Si dichos patrones de alimentación ocurren de manera regular o se desvían demasiado de las pautas de alimentación habituales, describimos los comportamientos como trastornos alimentarios (1). Una de las perturbaciones más estudiadas es la llamada "borrachera".

Dos criterios para definir los atracones

El atracón compulsivo (BE) se define como el consumo de una gran cantidad de alimentos, dentro de un período de tiempo restringido y asociado a sentimientos de pérdida de control sobre la alimentación (LC) (2). La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) requiere la presencia tanto de la gran cantidad de criterio alimenticio como del criterio LC para clasificar a alguien como un comedor compulsivo clínico.. La presencia de estos dos criterios también se conoce como episodios objetivos de atracones compulsivos (OBE), con "objetivo" que hace referencia a la cantidad objetivamente grande de alimentos que ha estado consumiendo durante el atracón (o en otras palabras: el consumo de lo que generalmente sería considerada como una "gran cantidad" de comida, independientemente de qué más se haya comido ese día). Además, se puede usar grande para referirse a la cantidad de cualquier tipo de alimento en particular, o la cantidad total de los alimentos consumidos. El Criterio LC puede describirse como la sensación de que uno no puede dejar de comer una vez que ha comenzado a comer, o que uno es "impulsado" o "obligado" a comer (3).

BE puede ocurrir como un síntoma o como parte de un síndrome. Cuando la BE ocurre de manera regular, es decir, al menos una vez a la semana en los últimos tres meses, se pueden desarrollar trastornos alimentarios como Bulimia Nervosa (BN), trastorno de atracón (BED) o síndrome de alimentación nocturna (NES) (según los criterios específicos, ver 2). La presencia de BE en personas con sobrepeso rara vez va acompañada de procesos de compensación (como la purga). Por lo tanto, en el capítulo actual nos centraremos exclusivamente en los atracones como un síntoma

En los estudios de los años 90, los adultos encontraron evidencia creciente del hecho de que los atracones dificultan el problema de la obesidad, pero no fue fácil definir el BE ya que existen notables variaciones en la ingesta calórica durante los episodios de BE (4; 5). durante un largo período de tiempo, las personas que informan LC sin el consumo de cantidades objetivamente grandes de alimentos, los llamados atracones subjetivos (SBE, la cantidad de alimentos solo se considera excesiva por el sujeto), no se consideraron como que sufren de relevancia clínica comiendo patología . Sin embargo, hasta la fecha, los investigadores se propusieron cuestionar este criterio. Podemos concluir que parece que en adultos la LC es el criterio más importante en la definición de BE, ya que la presencia de LC es más fuerte asociada con la alimentación y la psicopatología en comparación con si alguien ha consumido una gran cantidad de alimentos o no. (6; 7)

Atracones en niños y adolescentes.

En niños y adolescentes, la investigación sobre la conceptualización de BE se ha expandido durante la última década. Marcus y Kalarchian realizaron uno de los primeros intentos para desarrollar criterios de investigación específicos para jóvenes para conceptualizar BE (D) en niños de 14 años o menos (8). De nuevo, el criterio LC ocupó un lugar de importancia dentro de estos criterios provisionales, mientras que la gran cantidad de criterio alimentario se mantuvo fuera de la definición de BE. Los autores argumentan que, debido a la variabilidad de la ingesta de alimentos a lo largo del tiempo en los niños en crecimiento, la LC representa una característica más destacada en la evaluación de la ingesta de problemas en comparación con la cantidad de alimentos que se ha ingerido. También existe la posibilidad de que los niños y adolescentes experimenten LC, pero esto no va acompañado de comer grandes cantidades de alimentos porque todavía no tienen acceso a grandes cantidades. Como tales, no están en condiciones de decidir por sí mismos cuánto comen y, por lo tanto, sus atracones se consideran de alcance limitado.

Es importante reconocer BE en niños ya que en muchos casos los programas de control de peso no se desarrollan para tratar los síntomas de una alimentación desordenada (9). A corto plazo, algunos estudios de intervención han observado una reducción en diversas medidas de patología alimentaria (10), sin embargo, esto no se ha observado a largo plazo (11). Además, para los profesionales como dietistas, médicos generales o pediatras, en ocasiones es difícil entender y tratar estos atracones, específicamente cuando están relacionados con otros factores psicológicos.

En los últimos años, varios investigadores han investigado la importancia de LC para clasificar los trastornos alimentarios en los jóvenes. En estos estudios se concluyó que la presencia de LC, incluso si no va acompañada de comer cantidades objetivamente grandes de alimentos, se asocia con niveles elevados de patología alimentaria, inadaptación y peor calidad de vida en dominios de salud, movilidad y autocontrol. estima (12-18). En otras palabras, para la identificación de trastornos alimentarios en niños y adolescentes, debemos reconocer que es clínicamente relevante centrarse en todas las experiencias de episodios de LC. Se ha demostrado que el Cuestionario de examen del trastorno alimentario de los niños (chEDE-Q) es un instrumento apropiado para el cribado de trastornos alimentarios en general y episodios de BE en casos específicos (19). En el caso de niveles elevados de trastornos alimentarios, se justifica una entrevista clínica para determinar la presencia de patología del trastorno alimentario (20).

Aunque se encontró que el LC era el criterio más importante para clasificar BE, algunos resultados muestran que la evaluación del tamaño excesivo puede proporcionar información valiosa también. Por ejemplo, los investigadores concluyeron que dentro del grupo LC, surgen diferentes perfiles clínicos dependiendo de si se informan grandes cantidades de alimentos o no. Más específicamente, estos investigadores encontraron que los jóvenes con sobrepeso que informaron OBE se caracterizaron por los niveles más altos de eating y psicopatología. El perfil clínico de los jóvenes que informaron SBE cayó entre aquellos sin LC y aquellos que informaron OBE (12; 15). Por otra parte, la fenomenología de LC comiendo fue adicionalmente analizado en un estudio de múltiples sitios entre 445 jóvenes de Europa y América con el uso de la metodología de entrevista clínica. LC se asoció con comer alimentos prohibidos antes del episodio, comer cuando no tenía hambre, comer solo, experimentar el secreto y las emociones negativas y una sensación de entumecimiento al comer (21). Con base en los hallazgos antes mencionados, los investigadores desarrollaron un conjunto de criterios provisionales para un nuevo diagnóstico, la pérdida del control del trastorno alimentario (LOC-ED), en los niños. En estos criterios de diagnóstico, el criterio de tamaño de atracón se incluye como una posible característica de LC, pero no como una condición necesaria para diagnosticar a un niño con LOC-ED (1). Por lo tanto, aunque LC parece ser el criterio más importante para identificar episodios alimentarios aberrantes, el criterio de consumo excesivo no debe descuidarse por completo.

Prevalencia de atracones.

Las tasas de prevalencia de BE en niños y adolescentes varían según los estudios. Las diferencias dependen de qué definición de BE se usa (accediendo a LC en general, o centrándose exclusivamente en OBE), qué instrumentos evalúan BE (entrevista clínica versus cuestionario de autoinforme, versus comida de prueba de laboratorio) y finalmente qué muestra se estudia (sobrepeso o peso normal, personas que buscan tratamiento versus personas que no buscan tratamiento). sin embargo, a pesar de las diferencias generales entre los estudios, se deben tener en cuenta algunas tendencias interesantes

En primer lugar, los estudios indican que BE es informado por una parte sustancial de los jóvenes de la población general. Por ejemplo, en adolescentes australianos y Americanos se encontró que hasta el 25% informan OBE (22; 23). También en muestras europeas de niños (8-11 años) y adolescentes (12-16 años), respectivamente, 12% y 17% informaron haber experimentado al menos un episodio de LC durante el mes pasado (16; 24).. 1

Segundo, entre el grupo de niños y adolescentes, aquellos que sufren de sobrepeso parecen estar en mayor riesgo de desarrollar patología BE. Los investigadores estudiaron una muestra de niños con sobrepeso que no buscaban tratamiento (6-10 años) usando una medida de autoinforme y encontraron que 33,1% experimentaron LC (25). Otros investigadores estudiaron una muestra de niños con sobrepeso y peso normal (entre 6 y 13 años) utilizando una entrevista clínica y concluyeron que los niños con sobrepeso (14,6%) informaron significativamente más LC en comparación con sus pares de peso normal (3,8%) (17) . Los informes elevados de LC se encuentran especialmente entre las muestras de jóvenes con sobrepeso que estaban al comienzo de un tratamiento. Más específicamente, se encontró que, respectivamente, el 36% y el 30% de los solicitantes de tratamiento informaron LC (12; 13). Además, los que informan LC parecen estar caracterizados por un mayor grado de sobrepeso (26).

En tercer lugar, en los niños con sobrepeso la LC generalmente es más frecuente en los niños y adolescentes que buscan tratamiento (40%) en comparación con aquellos que no buscan tratamiento para su sobrepeso (20%) (26)

Finalmente, entre los jóvenes con sobrepeso, las diferencias de sexo y edad con respecto a la aparición de LC parecen ser menos pronunciadas (12, 13).

Desarrollo y mantenimiento de atracones.

Con respecto al origen de BE, la literatura muestra un equilibrio incómodo entre la investigación que explora el papel de los factores causales y las teorías putativas particulares que intentan combinar dichos factores en un modelo integral. En general, se supone que los factores tanto a nivel sociocultural, familiar e individual pueden contribuir al desarrollo de los atracones (27)

Hasta la fecha, existen pequeños modelos teóricos específicos de los jóvenes para describir el desarrollo y el mantenimiento de la psicopatología (y más específicamente en este caso, la patología de BE) en niños y adolescentes. Por lo tanto, los investigadores en el campo pediátrico se ven obligados a depender de modelos adultos. En la siguiente sección, se describen dos teorías etiológicas importantes para explicar BE.

La teoría del comportamiento cognitivo (CBT)

En el CBT (28), se propone un papel central para un proceso disfuncional para evaluar el propio valor de uno mismo. A diferencia de la mayoría de las personas que se evalúan sobre la base de su desempeño en una variedad de dominios de la vida (como la calidad de sus relaciones, trabajo, crianza, etc.) las personas con desórdenes alimenticios se juzgan a sí mismos en gran parte, o incluso exclusivamente, en términos de su forma, peso y hábitos alimenticios y su capacidad para controlarlos. Como consecuencia de esta sobrevaloración, toda su vida se centra en los esfuerzos por controlar su dieta, buscar la pérdida de peso y evitar comer en exceso y aumentar de peso. Este sistema disfuncional para evaluar la autoestima también se etiqueta como la psicopatología central de los trastornos alimentarios. BE está indirectamente relacionado con esta psicopatología central y se desarrolla como resultado de los intentos fallidos de los sujetos de restringir su alimentación. De acuerdo con esta teoría, otra característica importante de BE es la restricción dietética. El concepto de restricción dietética se refiere al intento de un individuo de restringir la ingesta de alimentos para contribuir al peso corporal (29). Como parte de esta restricción, a menudo se siguen reglas de dieta rígida. Sin embargo, en un momento de debilidad, estas reglas rígidas pueden verse alteradas y, como consecuencia, un individuo puede perder totalmente el control sobre su comportamiento alimentario. A su vez, el atracón es evaluado por el sujeto como un fracaso y esto mantiene e incluso magnifica la psicopatología central, así como los intentos de los sujetos de restringir su alimentación, lo que coloca a los sujetos en un círculo vicioso.

Recientemente, entre los jóvenes con sobrepeso, se demostró una relación entre esta psicopatología central y la presencia de esquemas cognitivos desadaptativos, lo que indica que esta patología central también puede considerarse una vulnerabilidad cognitiva en los jóvenes con sobrepeso (30). Además, LC también se encontró asociado con más preocupaciones sobre la alimentación, el peso y la forma tanto en la búsqueda de tratamiento como en la búsqueda de niños y adolescentes con sobrepeso (12, 13). Esta evidencia de la relación entre el sistema de sobre evaluación y LC entre jóvenes con sobrepeso revela que preocuparse por los que comen, el peso y la forma no es simplemente una característica del sobrepeso, sino que puede considerarse una característica importante de la patología del trastorno alimentario. Entre los niños con sobrepeso (31) y con peso normal que no estaban en tratamiento (17) ya se encontró que aquellos que informaron LC se caracterizaron por niveles elevados de restricción dietética.

Con el fin de investigar cómo funcionan las tres características principales de la TCC, es decir, el sistema de sobre evaluación, la restricción dietética y LC, esta vía se investigó en una gran muestra de jóvenes con sobrepeso que buscan el trato o no buscan tratamiento. Después de tener en cuenta las posibles diferencias entre los solicitantes de tratamiento y los que no buscaban tratamiento, se encontró que la sobrevaloración de la alimentación, el peso y la forma se asociaron positivamente con la restricción dietética y la restricción dietética se relacionó positivamente con LC, reconfirmando así el valor de esta vía entre los jóvenes con sobrepeso (32). En consecuencia, se recomienda evaluar las variables relevantes de este modelo a través de medidas psicológicas cuando se informa el BE (por ejemplo, utilizando el ChEDE-Q).

La teoría de la vulnerabilidad interpersonal (IPT)

De acuerdo con la Teoría de la Vulnerabilidad Interpersonal (33; 34), las perturbaciones en las relaciones tempranas entre el niño y el cuidador conducen a un apego inseguro, que a su vez puede conducir a

autodisciplina social, sentimientos de soledad y baja autoestima. Esto puede causar desregulación afectiva, que al final puede desencadenar BE como un medio para hacer frente a los estados emocionales aversivos.

Entre las muestras con sobrepeso, se detectaron asociaciones significativas entre la alimentación emocional, la ansiedad y la depresión, por un lado, y la LC, por otro lado (12; 13; 15). También en el laboratorio, se encontró una asociación causal entre la experiencia de emociones negativas y BE en la juventud (35). En poblaciones más jóvenes, los supuestos del IPT se probaron en una muestra de jóvenes de 8 a 17 años que no buscaban tratamiento y encontraron asociaciones positivas entre los problemas sociales y la LC. Esta asociación fue mediada por el afecto negativo, proporcionando así soporte inicial para el IPT (36). También en un estudio transversal entre una muestra comunitaria de niños de 8-11 años de edad, los investigadores encontraron que aquellos que informaron LC se caracterizaron por una baja autoestima y un apego menos seguro hacia ambos padres. La relación entre la autoestima y LC estuvo completamente mediada por el apego hacia la madre y parcialmente mediada por el apego al padre (37). Además, en un estudio reciente se encontró una relación entre el rechazo de los padres y la alimentación emocional en jóvenes obesos, mediado por estrategias de regulación de la emoción inadaptada del joven. Esto sugiere que el rechazo de los padres puede socavar la capacidad del niño de regular las emociones. Posteriormente, el niño puede usar alimentos para escapar de las emociones negativas que pueden llevar al aumento de peso y, finalmente, a la obesidad (38). Finalmente, los investigadores observaron una menor participación interpersonal y un funcionamiento familiar más inadaptado durante las comidas en el entorno familiar de los niños (8-13 años) que consumían LC, en comparación con aquellos que no experimentaban LC (39). En consecuencia, cuando se informa de BE, se recomienda evaluar estas variables relevantes a través de medidas psicológicas también.

Curso y pronóstico de atracones

Hasta la fecha, existen pocos estudios longitudinales que examinen el impacto psicológico y el curso de LC en la juventud. Los resultados de un estudio prospectivo indican que la ingesta de LC en los jóvenes predice una mayor ganancia de peso a lo largo del tiempo (40). Recientemente, los investigadores examinaron LC en una muestra de niños de 6 a 13 años (enriquecidos por sobrepeso) y concluyeron que la LC al inicio del estudio se asoció con el desarrollo del trastorno por atracón del síndrome parcial e incluso completo 4, 7 años después. Además, el 52,2% de los niños que experimentaron LC al inicio del estudio todavía informaron LC en el seguimiento. La presencia de LC en la línea de base predijo aumentos en las actitudes de apareamiento desordenadas y la ansiedad en el seguimiento. Además, en comparación con los niños que nunca experimentaron LC o que informaron LC en la línea de base pero no en un seguimiento, los niños que persistieron en LC también experimentaron más aumentos en las actitudes alimentarias desordenadas y en los síntomas depresivos (41). En línea con estos resultados, otros investigadores concluyeron a partir de su estudio longitudinal que en preadolescentes que no buscan tratamiento, LC tiene una estabilidad moderada, con casi la mitad de los consumidores LC que muestran una tendencia a problemas alimentarios persistentes o recurrentes durante más de 2 años (42).

Un estudio de seguimiento de seis años de jóvenes con sobrepeso que siguieron un tratamiento hospitalario mostró que LC es una construcción relativamente estable en el 25% de los jóvenes con sobrepeso. Además, especialmente los niños mayores y los jóvenes que se caracterizaron por niveles elevados de problemas de forma en la línea de base tendieron a perseverar en LC seis años más tarde. Al subdividir el criterio LC en resultados de SBE y OBE, se demostró que OBE representaba los tipos más estables de episodios de alimentación aberrante. Además, en la submuestra de jóvenes que ya informaron CL en T1, los puntajes

promedio generales de las subescalas de patología alimentaria no disminuyeron significativamente durante el período de seis años, mostrando una vez más que los jóvenes con sobrepeso que informan CL pueden considerarse un grupo específico en riesgo (11)

Conclusión e implicaciones

BE puede conceptualizarse por una sensación de pérdida de control sobre el comportamiento alimentario y puede ir acompañada de la ingestión de grandes cantidades de alimentos. En comparación con los jóvenes de peso normal, los jóvenes con sobrepeso parecen estar en mayor riesgo de experimentar episodios de BE. Debido a las altas tasas de prevalencia, su estabilidad a lo largo del tiempo, la asociación con otros trastornos alimentarios (como dietas rígidas) así como más psicopatología (como la depresión) y aumento de peso con el tiempo, BE puede servir como un componente importante del y tratamiento del sobrepeso en niños y adolescentes.

Podemos concluir que los especialistas en obesidad siempre deben estar alerta para las características de BE. Si caen en reconocer las actitudes de restricción de la dieta de sus pacientes jóvenes, esto puede terminar induciendo dietas más rígidas, lo que a su vez puede dar lugar a efectos secundarios psicológicos y LC. Por otro lado, explorar factores como la alimentación emocional, la baja autoestima, el estado de ánimo negativo o el aislamiento social también es relevante, ya que puede guiar nuestra comprensión de un segundo camino reconocido que conduce a un comportamiento alimentario perturbado. Cuando se identifica BE en la consulta inicial, cuando parece haber dificultades dentro del niño o en el entorno del hogar que podrían interferir con el tratamiento, y cuando el médico evaluador no se siente capacitado adecuadamente, es apropiado analizar con los padres la opción de remitir al niño y a la familia para una evaluación más profunda por un psicólogo pediátrico calificado. En consecuencia, se recomienda no solo evaluar la BE y sus características psicosociales, sino también recomendar un tratamiento especializado donde estos componentes psicológicos puedan desenredarse.

Referencias :

1. Tanofsky - Kraff M, Marcus M, Yanovski S, Yanovski, J. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: Proposed research criteria. *Eat Behav* 2008; 9: 360-365.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. Washington, USA: American Psychiatric Association, 2013.
3. Fairburn C, Wilson, GT. *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York, USA: Guilford Press, 1993.
4. Niego S, Pratt E, Agras W. Subjective or objective binge: Is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997; 22: 291-298.
5. Pratt E, Niego S, Agras W. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998; 24: 307-312.
6. Keel P, Mayer S, Harnden-Fischer J. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 294-301.
7. Latner J, Hildebrandt T, Rosewall J, Chisholm A, Hayashi K. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2203-2211.
8. Marcus M, Kalarchian M. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003; 34: S47-S57.
9. Epstein LH, Paluch RA, Saelens BE, Ernst MM, Wilfley DE. Changes in eating disorder symptoms with pediatric obesity treatment. *J Pediatr* 2001; 139: 58-65.
10. Braet C, Tanghe A, Decaluwe V, Moens, E, Rosseel, Y. Inpatient treatment for children with obesity: Weight loss, psychological well-being, and eating behavior. *J Pediatr Psychol* 2004; 29: 519-529.
11. Goossens L, Braet C, Verbeke S, Decaluwe V, Bosmans G. Long-Term Outcome of Pediatric Eating Pathology and Predictors for the Onset of Loss of Control over Eating Following Weight-Loss Treatment. *Int J Eat Disord* 2011; 44(5): 397-405.
12. Eddy K, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, Herzog D, Brown T, Ludwig D. Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2360-2371.
13. Glasofer D, Tanofsky-Kraff M, Eddy K, et al. Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 95-105.

14. Goldschmidt A, Jones M, Manwaring J, et al. The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 153-158.
15. Goossens L, Braet C, Decaluwé V. Loss of Control over eating in obese youngsters. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1-9.
16. Goossens L., Soenens B, Braet, C. Prevalence and characteristics of binge eating in an adolescent community sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38: 342-353.
17. Tanofsky-Kraff M, Yanovski S, Wilfley D, Marmarosh C, Morgan C, Yanovski J. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 53-61.
18. Ranzenhofer LM, Columbo KM, Tanofsky-Kraff M, et al. Binge Eating and Weight-Related Quality of Life in Obese Adolescents. *Nutrients* 2012; 4: 167-180.
19. Goossens L, Braet C. The screening for eating pathology in the pediatric field. *Int J Pediatr Obes* 2010;5: 483-490.
20. Bryant-Waugh R, Cooper P, Taylor C, Lask B. The use of the Eating Disorder Examination with children: A pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19(4), 391-397.
21. Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy K, et al. A Multi-Site Investigation of Binge Eating Behaviors in Children and Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 901-913.
22. Johnson W, Rohan K, Kirk A. Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eat Behav* 2002; 3:179-189.
23. Neumark-Sztainer D, Hannan P. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys - Results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(6):569-577.
24. Goossens L, Braet C, Van Durme K, Decaluwé V, Bosmans, G. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012; 41: 445-457.
25. Morgan C, Yanovski S, Nguyen T, et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int J Eat Disord* 2002; 31(4): 430-441.
26. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of Control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17, 68-78.
27. Polivy J, Herman C. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187-213.
28. Fairburn C, Brownell K. *Eating disorders and obesity: a comprehensive textbook (Second Edition ed.)*. New York, USA: Guilford Press, 2002.
29. Polivy J, Herman CP. Dieting and binge eating: A causal analysis. *Am Psychol* 1985; 40: 193-204.

30. Van Vlierberghe L, Braet C, Goossens L. Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case control study. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 437-442.
31. Tanofsky-Kraff M, Faden D, Yanovski SZ, Wilfley DE, Yanovski JA. The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 112-122.
32. Goossens L, Braet C, Bosmans G. Relations of dietary restraint and depressive symptomatology to loss of control over eating in overweight youngsters. *Eur Child Adolesc Psych* 2010; 19: 587-596.
33. Sullivan H. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, USA: WW Norton, 1953.
34. Wilfley D, Pike K, Striegel-Moore R. Toward an integrated model of risk for binge eating disorder. *J Gend Cult Health* 1997; 2: 1-31.
35. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nut* 2010; 91(3): 510-518.
36. Elliot C, Tanofsky - Kraff M, Shomaker L, et al. An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behav Res Ther* 2010; 48: 424-428.
37. Goossens L, Braet C, Bosmans G, Decaluwé V. Loss of control over eating in pre-adolescent youth: the role of attachment and self-esteem. *Eat behav* 2011 ; 12 : 289-295.
38. Vandewalle J, Moens E, Braet C. Comprehending emotional eating in obese youngsters: The role of parental rejection and emotion regulation. *Int J Obes* 2014; doi: 10.1038/ijo.2013.233
39. Czaja J, Hartmann AS, Rief W, Hilbert A. Mealtime family interactions in home environments of children with loss of control eating. *Appetite* 2011; 56: 587-593.
40. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Schvey NA, Olsen CH, Gustafson J, Yanovski JA. A Prospective Study of Loss of Control Eating for Body Weight Gain in Children at High Risk for Adult Obesity. *Int J Eat Disord* 2009; 42(1): 26-30.
41. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Roza CA, et al. A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes. *J Abnorm Psychol* 2011; 120: 108-118.
42. Hilbert A, Hartmann AS, Czaja J, Schoebi D. Natural course of preadolescent loss of control eating. *J Abnorm Psychol* 2013; 22(3): 684-693.

~ Acerca de los Autores ~

Lien Goossens



Lien Goossens se graduó como psicóloga clínica en julio de 2004 en la Universidad de Gante (Bélgica). Desde octubre de 2004 hasta septiembre de 2009 estuvo trabajando como estudiante de doctorado en el Departamento de Desarrollo, Personalidad y Psicología Social (Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Gante). En marzo de 2009, defendió con éxito su tesis doctoral titulada

«Pérdida de control alimentario en jóvenes con sobrepeso» (apoyada por la Doctora Caroline Braet y subvencionada por el Fondo Especial de Investigación, Universidad de Gante). Desde octubre de 2009, trabaja como investigadora postdoctoral en el mismo departamento en un proyecto postdoctoral titulado «Influencias ambientales e interpersonales en el desarrollo de trastornos de la alimentación en los jóvenes». Además de la investigación, también imparte clases prácticas a estudiantes de psicología en materias de valoración y tratamiento de obesidad y trastornos alimentarios y, como psicóloga clínica, también es miembro del Centro de Salud Mental Infantil de la Universidad de Gante.

Iris Pigeot



Profesora en el Departamento de Desarrollo, Personalidad y Psicología Social en la Universidad de Gante, Bélgica.

Su ámbito de investigación y los temas de sus clases se caracterizan por el enfoque al desarrollo psicopatológico. También ejerce de supervisora para diferentes clínicas. Caroline Braet recibió su doctorado en la Universidad de Gante en 1993, y está especializada en la investigación de los aspectos psicológicos de la obesidad infantil. Es la autora y coautora de alrededor de 100 publicaciones científicas.

~ **Cómo usar este artículo** ~

Puede **usar, compartir y copiar este contenido** citando el artículo de la siguiente forma:

Goossens L, Braet C (2015). El trastorno por atracón. En M.L. Frelut (Ed.), The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Fuente: ebook.ecog-obesity.eu

Dé el crédito adecuado cuando use este contenido. Por favor, visite ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/ para más información.

~ **Nota final** ~

Gracias por leer este artículo.

Si le ha sido de utilidad, por favor compártalo con quien le pueda interesar.

Visite ebook.ecog-obesity.eu para leer y obtener más artículos sobre la obesidad infantil.