



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

*FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA*

---

---

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO,  
SINTOMATOLOGÍA DE  
ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y TPA EN TRES  
GRUPOS DE MUJERES MEXICANAS:  
NORMOPESO, SOBREPESO Y OBESAS

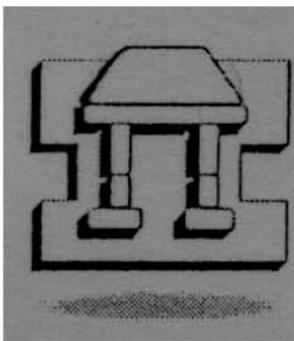
**REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**MARTÍNEZ CABRERA LILIAN**

(CONACyT No. U-40208-H)



Asesora:

**LIC. XÓCHITL LÓPEZ AGUILAR**

Dictaminadores:

**MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYÓN**

**DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO  
2005

NOVIEMBRE



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco infinitamente a:

*Mis padres.*

***P***or que sin ustedes difícilmente concluiría ésta investigación.  
***Muchas gracias por el amor que nos tienen a mis hermanos y a mi, ya que a través de sus sacrificios y su cariño nos han demostrado ser los mejores papás del mundo.***

***Los quiero.***

***Lic. Xóchitl.***

Por todo el tiempo y la paciencia que le dedico a esta investigación y por sus conocimientos invaluable que enriquecieron este trabajo de principio a fin.

***Mtra. Georgina.***

Porque a través de su amplia experiencia en el ámbito de los TCA pude entender aspectos esenciales que hilaban las ideas de mi investigación. 1000 gracias.

***Dr. Juan Manuel.***

Por sus sugerencias para la conclusión de este trabajo y por el apoyo que nos brinda a todos nosotros (los tesisistas) que trabajamos en el laboratorio de computación del PIN.

***Antropóloga Trinidad.***

Por su puntual colaboración en las medidas antropométricas, porque gracias a su participación pude recolectar parte importante de los datos.

A todas las mujeres del SOUND BODY, AEROBICS XOCHITL, AEROBICS LA MOVIDA Y AEROBICS HALINA, gracias por su tiempo y confianza, ya que por ustedes pude completar parte fundamental de mi trabajo y por encontrar a dos personas tan valiosas: Gloria Elizabeth Aguirre y Xóchitl Chavira que nos enseñan que el fitness no solo es un pasatiempo sino un estilo de vida.

***CARLOS Y CANDY. MIS HERMANOS.***

Por compartir momentos maravillosos de la familia, por alentarme para que siguiera adelante. *Los quiero.*

**JULIO RIVAS MARTÍNEZ .**

Por ser mi amistad perfecta, por apoyarme en todos mis proyectos y éste no fue la excepción. Gracias.

**ADRIANA SÁNCHEZ PÉREZ .**

Por tu apoyo incondicional para que yo pudiera concluir este trabajo y por ser una excelente amiga, por compartir nuestras tristezas y nuestros sueños.

**ALICIA MENDOZA .**

Porque por tú amistad y tus consejos pude tomar decisiones importantes como.... Gracias por confiar en mí.

**ITANDEHUI FLORES .**

Por la buena vibra que me transmites para que yo pueda seguir adelante. Te quiero ITANDEHUIS y veras que muy pronto seremos **dignificadas**.

**M V Z . LAURA A . ESPINOSA J .**

Por demostrarme que el secreto está en la paciencia y en la prudencia para poder llegar a nuestras metas.

Gracias por tú amistad y por recordar conmigo los momentos más felices de la adolescencia y por supuesto de ntra. querida P.9 .

**LIZBETH MEDINA GUERRERO .**

Muchas gracias por preocuparte por mí, por hacerme sentir que la vida es menos complicada de lo que parece y por esas magnificas noches de desvelo. Te quiero.

**MÓNICA MACEDO HERNÁNDEZ .**

Porque a través de los años que compartimos juntas en la universidad aprendí que la lealtad y el interés por el otro son factores fundamentales de la amistad y espero que siempre seamos (junto con fabiolita) las mejores amigas. T Q M . MONITA .

**FABIOLA LUNA SORIANO ,**

Por las palabras de aliento cuando más lo necesite y porque me enseñaste que la risa es el mejor antídoto para los momentos difíciles. Te quiero.

**NADIA PELÁEZ**

Desde que te conocí en aquel GYM ¿te acuerdas?, siempre supe que íbamos a construir una gran amistad, pero sobre todo gracias por confiar en mí para iniciar nuestra próxima aventura, espero no defraudarte.

Esta tesis va dedicada a

**ALITA Y LALITO . MIS PRÍNCIPES .**

**PORQUE GRACIAS A USTEDES RECALQUE QUE LA MEJOR ETAPA DE LA VIDA ES LA NIÑEZ . ESPERO QUE SIEMPRE CONFÍEN EN MÍ Y ME QUIERAN TANTO COMO YO A USTEDES , LOS ADORO .**

**A MIS ABUELITOS .**

**POR SER EL ORGULLO DE MIS RAICES Y LA ESENCIA DE NUESTRAS TRADICIONES .**

**A MIS TÍOS .**

**POR ENSEÑARME QUE CON ESFUERZO Y CARIÑO SE PUEDE SEGUIR ADELANTE , EN DONDE QUIERA QUE ESTEMOS , ENTRE ELLOS : ANGEL CABRERA , JULIO CABRERA , MARCELINO MARTÍNEZ Y SANTIAGO FRANCISCO CABRERA .**

□

Nombre de archivo: A1  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Asunto:  
Autor: MEL  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 19/11/05 05:34 P.M.  
Cambio número: 1  
Guardado el: 19/11/05 05:34 P.M.  
Guardado por: MEL  
Tiempo de edición: 0 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:07 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 4  
Número de palabras: 629 (aprox.)  
Número de caracteres: 3,588 (aprox.)

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes	
1. Trastorno por atracón	
1.1. Breve revisión histórica.....	6
1.2. Definición.....	7
1.3. Diagnóstico.....	10
1.4. Epidemiología.....	11
2. Factores de riesgo del trastorno por atracón alimentario	
2.1. Dieta restrictiva.....	14
2.2. Afecto negativo.....	17
2.3. Baja auto eficacia.....	20
2.4. Fluctuaciones de peso.....	21
2.5. Imagen Corporal.....	22
2.6. Indicadores antropométricos.....	23
3. Diferencias entre personas obesas con y sin TPA	
3.1. Modelos que explican al TPA.....	24
3.2. Conducta alimentaria.....	26
3.3. Indicadores antropométricos.....	28
3.4. Aspectos psicológicos.....	29
4. Diferencias entre pacientes con TPA y BN	
4.1. Conducta alimentaria.....	31
4.2. Indicadores antropométricos.....	32
4.3. Aspectos psicológicos.....	32
Método.....	34
Resultados.....	41
Discusión.....	57
Conclusiones.....	65
Referencias.....	67

Nombre de archivo: A2  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ÍNDICE DE CONTENIDO  
Asunto:  
Autor: MEL  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 19/11/05 05:35 P.M.  
Cambio número: 1  
Guardado el: 19/11/05 05:35 P.M.  
Guardado por: MEL  
Tiempo de edición: 0 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:08 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 1  
Número de palabras: 420 (aprox.)  
Número de caracteres: 2,397 (aprox.)

## RESUMEN

Uno de los temas que ha despertado más interés en los últimos años en el campo de los trastornos del comportamiento alimentario ha sido el Trastorno por Atracón Alimentario (TPA), ese interés se debe por una parte a su elevada frecuencia y por otro, a la asociación con la obesidad y a los sentimientos negativos, por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue: explorar, los patrones alimentarios, sintomatología de ansiedad, depresión, TPA e indicadores antropométricos en tres grupos de mujeres mexicanas: normopeso, sobrepeso y obesas. La población se constituyó de 161 mujeres procedentes de 3 centros de ejercicio aeróbico. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT), el Cuestionario de Bulimia (BULIT), el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la entrevista para el diagnóstico de los trastornos alimentarios (IDED) e indicadores antropométricos (IMC, ICC y porcentaje de grasa). Los resultados indicaron que el grupo de mujeres normopeso no mostró episodios de atracón y presentaron niveles normales de ansiedad y depresión. Los grupos de mujeres con sobrepeso y obesidad presentaron atracones, sentimientos de culpa, empleo de dietas restrictivas, motivación para adelgazar y sentimientos negativos. De la comparación entre los grupos con y sin atracón se encontró que el grupo con atracón mostró: mayor preocupación por la comida, restricción, desinhibición alimentaria, conductas compensatorias y ansiedad a diferencia del grupo sin atracón, lo anterior concuerda con la literatura internacional. Respecto a las personas que fueron diagnosticadas con TPA presentaron un IMC elevado, sentimientos negativos, utilización de dietas y motivación para adelgazar, características que componen al trastorno por atracón alimentario no sólo en países europeos, sino también en población mexicana, de ahí destaca la importancia de seguir realizando investigaciones sobre el TPA con el propósito de saber de manera más formal y objetiva tanto su etiología como el desarrollo del trastorno.

## INTRODUCCIÓN

En 1959 Stunkard identificó al atracón como un problema significativamente diferente de la patogénesis de la obesidad, subrayando que no todos los pacientes obesos presentaban atracones de comida, posteriormente las descripciones del atracón alimentario aparecerían con frecuencia en la literatura clínica (Jackson & Ormiston, 1971). En la década de los 80's el atracón aparece por primera vez en el DSM-III como un criterio diagnóstico de la Bulimia Nerviosa •BN• (cit. en Marcus, 1999). Pero las evidencias señalaban que el atracón se presentaba también en muestras de obesos, particularmente en aquellos que acudían a programas de reducción de peso y debido a que, no presentaban conductas compensatorias no podían ser diagnosticados con BN (Gormally, Black, Daston & Rardín, 1982; Keefe, 1982).

Es así que Spitzer et al. en 1991 (cit. en Dingemans, Bruna & Fruth, 2002) proponen la creación de una nueva categoría diagnóstica independiente a la BN, por lo tanto, el diagnóstico del TPA se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión •DSM IV (APA, 1994)• como un ejemplo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria no Específico (TANE) y en un apéndice en el que se ubican aquellas categorías diagnósticas que ameritan estudios posteriores, caracterizando al TPA por atracones recurrentes que se asocian a un malestar clínicamente significativo (insatisfacción durante y después de cada episodio, dada la recuperación por los efectos a largo plazo que dichos atracones pueden tener sobre el peso y la forma corporal). La frecuencia de los atracones debe ser como media dos días por semana durante seis meses. Además, si bien las conductas compensatorias •p. ej. purgas, restricción alimentaria o ejercicio físico excesivo• no son necesarias para el diagnóstico del TPA, algunos pacientes con dicho trastorno pueden presentarlas, pero éstas no constituyen una práctica habitual (DSM-IV-TR, APA, 2000).

Por otra parte, los factores más comunes que anteceden a un episodio de atracón son: las dietas restrictivas, es decir, la restricción que los dietantes se imponen en su alimentación es imposible de obedecer, generando así la

probabilidad de un atracón (Marcus, 1999); los sentimientos negativos como: el estrés, la ansiedad, la depresión (Decalawe, Bret, & Fairburn, 2002), la cólera o la frustración (Arnou, Kenardy & Agras, 1995, cit. en Macmanus & Waller, 2002); y los indicadores antropométricos, más específicamente un Índice de Masa Corporal (IMC) y un Índice de Cintura-Cadera (ICC) elevados, funcionan como potentes precipitadores para un episodio de atracón (Ramacciotti, Passaglia & Lacorte, 2000).

Respecto a las personas con TPA, la literatura internacional las ha caracterizado por una historia de obesidad, un IMC  $>$  a 25, la utilización constante de dietas restrictivas que difícilmente concluyen y oscilaciones constantes de peso (Giusti, Héralef, Gallard y Burckhardt, 2004; Guisado & Vaz, 2003; Greeno, 1995 & Marcus, 1999).

En cuanto a los factores psicológicos que presentan las personas con TPA se encuentran: miedo a ganar peso, insatisfacción corporal, preocupación por la comida (dado que piensan que determinados alimentos —altos en grasa o carbohidratos— los harán aumentar de peso), motivación para adelgazar, baja autoestima, ansiedad y depresión (Yanovski, 1993; Sánchez & Fernández, 2002), todos estos factores tanto psicológicos, como alimentarios y antropométricos son considerados a nivel mundial como características fuertemente asociadas con el TPA, de ahí la importancia de poder comenzar a delinear el TPA en nuestro país al realizar una caracterización de este trastorno en mujeres mexicanas, por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue explorar los patrones alimentarios, sintomatología de ansiedad, depresión y TPA en tres grupos de mujeres mexicanas: normopeso, sobrepeso y obesas.

Nombre de archivo: A3  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: RESUMEN  
Asunto:  
Autor: MEL  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 19/11/05 05:36 P.M.  
Cambio número: 2  
Guardado el: 19/11/05 05:44 P.M.  
Guardado por: MEL  
Tiempo de edición: 0 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:09 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 3  
Número de palabras: 879 (aprox.)  
Número de caracteres: 5,015 (aprox.)

# ANTECEDENTES

## 1. Trastorno por Atracón

### 1.1. Breve revisión histórica

Los antecedentes del atracón alimentario se remontan a la época de los romanos, ya que las personas se reunían a celebrar un evento importante (comer en exceso) y cada invitado gozaba con comer hasta hipersaciarse, esta conducta era socialmente aceptada para esos tiempos, sin embargo, años después comenzaron a darse cuenta de que con este hábito tan desmedido de comer empezaban a aumentar de peso, sintiéndose insatisfechas con la figura regordeta que comenzaban a tener; en otras palabras, el atracón había comenzado a surgir (Marsha, Rena & Joyce, 1988).

Fue hasta 1959 cuando Stunkard identificó al atracón y lo describió como la ingesta de enormes cantidades de alimento en un corto periodo de tiempo, seguido de una severa inconformidad (cit. en Kolotkin & Revis, 1987). Posteriormente Jackson & Ormiston (1971) encontraron que casi la mitad de los pacientes con sobrepeso moderado que acudían a una clínica de control del peso presentaban serios problemas de atracón; así mismo, Loro y Orleans (1981) revelaron similares resultados, ya que el 40% de los pacientes que deseaban reducir su peso corporal reportaron atracón alimentario.

Si bien el atracón alimentario aparece en la década de los 80's por primera vez en el DSM-III, es considerándolo como un criterio diagnóstico más de la BN (cit. en Marcus, 1999), sin embargo, algunos estudios como los realizados por Gormally et al. (1982) y Keefe (1984) observaron que el atracón aparecía con mayor frecuencia en individuos con problemas de obesidad, y que además la mitad de estos pacientes acudían a programas de reducción de peso.

Fue hasta 1991 cuando Spitzer et al. (1992, cit. en Dingemans et al., 2002) proponen que el TPA debe aparecer como una categoría diagnóstica diferente a la BN, ya que observaron que muchas personas presentaban episodios frecuentes de atracón (al igual que los pacientes con BN), pero sin el uso de conductas compensatorias, como el vómito auto-inducido, el consumo de laxantes y/o diuréticos o el ejercicio exhaustivo (por lo tanto, no podían ser diagnosticados bajo el criterio de BN) y estos pacientes predominaban en población obesa bajo programas de control de peso. Con base en estos hallazgos, el TPA se incluye en el DSM-IV-TR (APA, 2000), como ejemplo de un trastorno de la alimentación no específico (TANE), en un apéndice en el que se propone como una categoría diagnóstica que amerita estudios posteriores.

## **1.2. Definición**

El término atracón en español, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, se define como: “la acción y efecto de atracarse de comida, a su vez, la definición de atracar es acción de comer y beber con exceso” (cit. en García-Camba, 2001, pág. 142).

De acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000) el atracón dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) hace referencia a dos condiciones:

1- Ingestión en un corto periodo de tiempo (p. ej., 2 horas) de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2- Sensación de pérdida del control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto se está comiendo).

Sin embargo, cabe advertir que el síntoma de atracón se encuentra presente como un criterio diagnóstico en la AN, BN, TANE y TPA, pero tanto la frecuencia como la presencia de otros criterios diagnósticos hacen una adecuada distinción entre un trastorno y otro, lo que a continuación se describe brevemente.

Las características principales de la AN consisten en el rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, y ausencia de menstruación. Dentro de la AN se categorizan dos subtipos:

Tipo restrictivo: Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia estos individuos no ocurren atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: En este subtipo los atracones se hacen presentes, pero también se pueden recurrir a purgas (p. ej., provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Por otra parte, las características de la BN son: La presencia de atracones y de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, la autoevaluación de los individuos con este trastorno se encuentra excesivamente influenciada por el peso y la silueta, para poder realizar el diagnóstico los atracones y las conductas inapropiadas deben producirse al menos en un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.

Cabe resaltar que una característica esencial que comparten la AN y la BN es la motivación por adelgazar.

Por otra parte, los TANE se refieren a una categoría de los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen en su totalidad con los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específica (BN ó AN). Algunos ejemplos son:

- 1) Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para AN pero las menstruaciones son regulares y/o el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para BN con excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 3) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 4) Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
- 5) TPA. Este trastorno se caracteriza por atracones recurrentes de comida que se asocian a falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo (insatisfacción durante y después de cada episodio, dada la preocupación sobre los efectos a largo plazo que dichos atracones pueden tener sobre el peso y la forma corporal). La frecuencia de los atracones debe ser como media dos días por semana durante seis meses. Además, si bien el individuo lleva a cabo estrategias compensatorias • p. ej. purgas, abstención de comer o ejercicio físico excesivo éstas no constituyen una práctica habitual • (DSM-IV-TR, APA, 2000).

En el siguiente apartado se describen ampliamente los criterios diagnósticos del TPA, para comenzar a comprender la importancia del estudio de este trastorno de la conducta alimentaria.

### 1.3. Diagnóstico

Los criterios diagnósticos, de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000), para el TPA son los siguientes:

A. Episodios recurrentes de alimentación: atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

1- Ingestión en un corto periodo de tiempo (p. ej., 2 horas) de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.

2- Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

1- Ingesta mucho más rápida de lo normal.

2- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.

4- Comer a solas para esconder su voracidad.

5- Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la

cuantificación de los días en que ha y atracones o en la cuantificación de su número.

#### **1.4. Epidemiología**

El TPA afecta por lo general a personas que se han sometido a dietas restrictivas con el objetivo de perder peso (Heike & Birgit, 2000). La prevalencia de este trastorno en muestra comunitaria de mujeres adultas jóvenes es del 4% (Redlin, Miltenberger, Crosby, Wolf & Stickney, 2002), mientras que en mujeres obesas que acuden a programas de reducción de peso varía desde un 25% a un 30% (Drewnowski, 1995). La tabla 1 indica la importancia que ocupa el TPA dentro de ciertas poblaciones.

AUTOR	TIPO DE MUESTRA	INTRUMENTOS	PORCENTAJE DE TPA
Loro et al. (1981).	Mujeres obesas bajo un programa de control de peso.	Criterios diagnósticos del DSM-III.	45.7%
Schachter (1982).	Mujeres obesas bajo un programa de control de peso.	Criterios diagnóstico del DSM III y Escala de Atracción Alimentario (BES).	32.5%
Keefe (1984).	Mujeres obesas bajo un programa de control de peso.	Entrevista semiestructurada bajo los criterios diagnósticos del DSM-III y BES.	23%
Gormally et al. (1988 cit. en Marsha et al., 1988).	Mujeres obesas bajo un programa de control de peso.	Criterios diagnósticos del DSM-III y Escala de Atracción Alimentario (BES).	46%
Carter y Fairburn (1998).	Muestra comunitaria de mujeres adultas jóvenes	Criterios diagnósticos del DSM-IV.	1%
Greeno, Rena, Wing y Marsha (1995).	Mujeres obesas bajo un programa de control de peso.	Criterios diagnósticos del DSM-IV.	30%
Redlin et al. (2002).	Muestra comunitaria de mujeres	Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QWEP) y criterios diagnósticos del DSM-IV.	1.5%

Tabla 1. Prevalencia del TPA en muestra comunitaria y en programas de reducción del peso.

Por lo que se refiere al TPA en cuanto al género, un estudio realizado por Spitzer, Sunkard, Yanovski y Marcus (1993) detectaron en una muestra de pacientes bajo programa de control de peso, que el 31.9% de las mujeres y el 28.8% de los varones presentaron este trastorno. Sin embargo, García-Camba en el 2001 señaló una prevalencia de 3.3% y 4.6% respectivamente; Decalawe et al. (2002) encontraron que de una población de obesos jóvenes con edades entre los 13 y 29 años, el 18% de los varones y el 27% de las mujeres presentaban TPA, mientras que Fitzgibbon y Blackman (1999) reportaron que entre edades de 15 y

21 años, el TPA prevalecía en un 57 % de las mujeres y en un 35 % de los hombres. En todo caso no se constata una diferencia clara entre ambos sexos.

Además, el TPA suele desarrollarse en la adolescencia tardía o primera juventud, de esta forma Berko, Witz, Stunkard y Stallings (1993) detectaron que en pacientes obesos entre 14 y 16 años de edad, el 30% manifestaba este trastorno.

En cuanto a la prevalencia de TPA en diferentes grupos étnicos, este trastorno ocupa un porcentaje mayor (5%) en las mujeres afro-americanas, hispanas y nativo-americanas, a diferencia de la BN, tal vez esto se deba a que también presentan mayores tasas de obesidad; y en el caso de las mujeres caucásicas el TPA sólo se presentó en un 2% (Berko et al., 1993; Kuczmarski, Flegal, Campbell & Johnson, 1994, cit. en Smith, Marcus & Eldredge, 1994). En un estudio reportado por Moller (2000), encontró que las mujeres negras presentaban un índice más alto de atracón que las mujeres blancas, pero en ambas este trastorno alimentario estuvo asociado con el control del peso y con trastornos psiquiátricos, tales como el de personalidad límite y el obsesivo-compulsivo.

Por otra parte, en Europa se han realizado varias investigaciones en cuanto a la prevalencia de este trastorno, encontrándose que en población general noruega (N= 1.849) el 3.2% de mujeres presentaron TPA; en Francia del 9% al 15% de pacientes bajo programa de reducción de peso y 0.7% en mujeres que no estaban bajo este tipo de tratamiento; en mujeres austriacas de entre 15 y 85 años se comprobó que 12.2% presentaban atracones y que 3.3% cumplían los criterios diagnósticos del TPA (cit. en García-Camba, 2001).

Hasta aquí se puede decir que el atracón como un criterio diagnóstico fundamental dentro de los TCA ha ido en aumento, ya que desde la antigüedad cobra relevancia por las complicaciones psicológicas y conductuales que inciden en la persona que lo padece. De ahí la importancia de conocer y comprender primero: los antecedentes y criterios

diagnósticos de este trastorno, para después conocer los factores que pueden desencadenarlo.

Nombre de archivo: A4  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ANTECEDENTES  
Asunto:  
Autor: BASE  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 26/11/05 10:58 A.M.  
Cambio número: 2  
Guardado el: 26/11/05 11:19 A.M.  
Guardado por: BASE  
Tiempo de edición: 2 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:10 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 9  
Número de palabras: 1,822 (aprox.)  
Número de caracteres: 10,390 (aprox.)

## **2. Factores de riesgo del Trastorno por Atracción Alimentario**

La realización de dietas restrictivas, el afecto negativo (depresión, ansiedad o estrés), las oscilaciones de peso, la imagen corporal negativa, la baja autoestima, la baja autoeficacia y los comentarios negativos ante la imagen corporal son factores que al presentarse en combinación hacen posible el desarrollo de un TPA y, por lo tanto, se amerita la explicación de cada uno de ellos.

### **2.1. Dieta restrictiva**

El término dieta hace referencia al programa alimentario que se consume cotidianamente, y que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser nutritiva o no, sin embargo, en el contexto sociocultural actual, este término se ha generalizado y literalmente asociado con prácticas alimentarias restrictivas para bajar de peso, éstas pueden estar respaldadas por el especialista de la nutrición o, lo que es más frecuente, elegida en alguna revista, recomendada por una amiga o escómún que las personas simplemente disminuyan el consumo de ciertos alimentos (tortillas, pan, arroz, etc.) y/o eliminen una o dos comidas principales del día (por ejemplo, la cena) con la convicción de que así perderán peso (Gómez & Avila, 1998, cit. en Gómez, Pineda, Esperance, Hernández, Platas & León, 2002).

Dicha restricción alimentaria ha sido destacada como una de las variables más importantes que regulan los patrones de ingestión de los sujetos con BN y AN, y que por supuesto el TPA no es la excepción (Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1975).

Es por eso que Herman y Mack (1975) desarrollaron un modelo teórico que pretendía poner de manifiesto las posibles relaciones existentes entre las conductas restrictivas y la ingesta compulsiva, desde la conducta alimentaria

normal a la patológica (pasando por todos los estadios intermedios), se trata de la teoría de *restricción alimentaria*, y que derivó años más tarde en el modelo de los *límites de la regulación de la ingestión* desarrollado por Herman y Polivy (1984, cit. en Vázquez 1997). Este modelo pretende complementar dos visiones aparentemente opuestas en el estudio de la conducta alimentaria, por un lado, una visión principalmente fisiológica que considera la alimentación como una actividad básicamente biológica, regulada por mecanismos fisiológicos y, por otro lado, una visión que reconoce la influencia de factores no fisiológicos en el control de la alimentación: como la influencia social o los factores cognitivos (figura 1).



Figura 1. Modelo de los límites de la regulación de la alimentación de Herman y Polivy (1984, cit. en Vázquez, 1997).

De acuerdo con este modelo, Vázquez (1997) explica que la alimentación está regulada dentro de unos límites que corresponden al hambre y la saciedad, la naturaleza del ser humano procura que la ingestión se restrinja a un espacio, si esto es así el individuo está satisfecho, y a este espacio se le denomina zona de indiferencia biológica, en la cual no se experimenta ni hambre ni saciedad; contrariamente, si el consumo es insuficiente para mantener al organismo dentro de la zona de indiferencia biológica, cae en la denominada zona del hambre, que

resulta aversiva al sujeto. De esta forma el organismo aprende las consecuencias resultantes de la transgresión de los límites y toma precauciones para minimizar la ruptura de la economía calórica, es decir, la gente aprende a comer más de lo necesario para impedir el retorno inmediato de la hambre (maximizará la anticipación del comienzo del hambre); sin embargo, también aprende a no comer al máximo que permite su estómago, ya que si el hambre es aversiva también lo es la saciedad, ésta representa un límite equivalente al hambre, delimita una zona aversiva que el organismo intenta evitar.

En la zona de indiferencia biológica las presiones aversivas biológicas están ausentes, la cantidad de comida consumida cuando un organismo está en dicha zona no es estimulada por el hambre o por la saciedad, de modo que si bien el organismo es indiferente a las presiones biológicas, es más susceptible a las presiones sociales, cognitivas y psicológicas (Vázquez, 1997).

Herman y Polivy (1984, cit. en Vázquez, 1997) argumentan que la dieta promueve los episodios de atracón por privación psicológica principalmente, las extremas reglas dietéticas restrictivas autoimpuestas por los dietantes son imposibles de obedecer, particularmente en períodos de estrés las menores desviaciones de estas reglas son percibidas como evidencia de debilidad y el resultado es el abandono de autocontrol alimentario. Una vez que esto ocurre, otros factores gobiernan el atracón, como el placer de consumir comidas “prohibidas” por su alto contenido calórico, teniendo como consecuencia la aparición de síntomas de depresión y ansiedad.

La restricción que los dietantes imponen en su alimentación ha sido implicada como un potencial que contribuye al desarrollo de problemas de atracón en mujeres con peso normal (Marcus, 1999). Existen estudios en donde la depresión y la ansiedad eran inducidas y actuaban como desinhibidores de la dieta restrictiva, lo que tenían como consecuencia la práctica de episodios de atracón alimentario (Baucom & Aiken, 1981; Frost, Goolakasian, Ely & Blanchard,

1981; Ruderman, 1986). Esos resultados corresponden con la ya mencionada teoría de restricción alimentaria, la cual propone un rol causal de la dieta restrictiva y el afecto negativo en el desarrollo del atracón (Herman & Polivy, 1984, cit. en Vázquez, 1997).

Por ejemplo, Fairburn et al. (1998) y Wilson, Nonas y Rosenbun (1993) realizaron estudios con el objetivo de comparar entre pacientes con TPA que reportaron que después de las dietas restrictivas tuvieron su primer atracón *versus* pacientes que después del atracón alimentario hicieron dieta restrictiva. Los resultados obtenidos fueron que los sujetos que reportaron primero el atracón alimentario tuvieron mayores niveles de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, problemas familiares, extensa historia de dietas “yo-yo” e inicio a una edad más temprana del TPA.

Concluyendo así que la edad de inicio del primer atracón es marcadamente diferente dependiendo de si el individuo comienza con las dietas o con el atracón, pero estas últimas tienen más probabilidad de presentar otros rasgos psicopatológicos asociados, entonces podemos decir que estas dos diferencias etiológicas se pueden definir como dos diferentes caminos para llegar a un TPA.

## **2.2. Afecto negativo**

Las personas obesas con TPA pueden ser más sensibles a la estimulación externa, lo cual las induce a comer y presentar más propensión a perder el control sobre la ingestión de comida a causa de los cambios emocionales y de humor. Por ello que sea común que personas obesas que acuden a nutricionólogos, centros de control del peso o que se auto-recetan dietas altamente restrictivas, siguen presentando episodios de atracón. Esta paradoja sugiere la posibilidad de que el atracón alimentario sirva a alguna fuerte necesidad emocional.

Al respecto, Ruderman (1986) y Schotte, Cools y McNally (1990) han señalado que la inducción emocional • tanto de sentimientos positivos como negativos • puede desinhibir la restricción alimentaria en pacientes con TPA. Así mismo, Henderson y Huon (2002) han corroborado la hipótesis de que el afecto negativo funciona como disparador de un episodio de atracón, ya que en un estudio que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los afectos negativos y el atracón, encontraron que mientras más altos sean los niveles de afecto negativo, mayor será la frecuencia de los episodios de atracón.

Estos descubrimientos son consistentes con los resultados del estudio realizado por Stice et al. (2001) con el objetivo de analizar en mujeres con TPA la ocurrencia de dieta restrictiva y la dimensión de afecto negativo. Se encontró que aproximadamente el 62% sólo presentaban la sintomatología propia de la TPA, mientras que otro 38% además presentaron dieta restrictiva, gran obsesión por el peso, mal ajuste social, ansiedad y depresión.

En general, por afectos negativos asociados al TPA podemos identificar: baja autoestima, cambios constantes en el estado de ánimo, estrés, ansiedad y depresión. Además existen estudios que revelan que a algunos individuos que experimentan estas dificultades emocionales, utilizan el atracón para olvidar ese mal momento (DeCaluwe et al., 2002); por ejemplo, Arnow, Kenardy y Agras (1995, cit. en Macmanus & Waller, 2002) encontraron que la cólera, la frustración, la ansiedad y la depresión estaban altamente correlacionadas con los episodios de atracón en mujeres que tenían un sobrepeso importante. De forma más específica, Macmanus y Waller (1995, cit. en Henderson & Huon, 2002) encontraron que el estrés disparaba a un episodio de atracón, dado que esta conducta alimentaria es utilizada por muchas mujeres para regular dicho afecto.

La cólera también antecede a un episodio de atracón. Al respecto, Hsu (1990, cit. en Stickney, Raymond, Miltenberger & Wolf, 1999) detectó • a través de reportes retrospectivos • que el 35% de las personas que participaron en su

estudio comentaron que tenían sentimientos de cólera antes del atracón y que esos sentimientos se reducían durante el comienzo del episodio.

El *aburrimiento* es considerado otro factor importante, Abraham y Beumont (1992, cit. en Stickney et al., 1999) preguntaron a 32 pacientes con TPA, qué era lo que precipitaba al atracón, el 9% de los participantes experimentaban aburrimiento antes del episodio y dicho estado también fue considerado un factor mantenedor del atracón.

Sin embargo, de forma paralela, también existen diversas consideraciones respecto a que el sobrepeso se debe a un alto índice de *estrés*, ya que el atracón es utilizado para mitigar ese estado anímico, dado que muchas personas carecen de habilidades de afrontamiento y autocontrol para manejar de manera positiva dichas situaciones y, por lo tanto, recurren al atracón (Yager, Roty & Rossette, 1995, cit. en Macmanus et al., 2002).

Pero también la *ansiedad* y la *depresión* se han hecho presentes en las personas que padecen TPA, por ejemplo, Kolotkin & Revis (1987) utilizaron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y la Escala de Atracón Alimentario (BES), con el propósito de conocer las características psicopatológicas en las personas que presentaban TPA. Los resultados mostraron que las personas con TPA presentaban altas tasas de ansiedad y depresión a diferencia de aquellas personas sin TPA. Similares resultados encontraron Arnow et al. (1995, cit. en Macmanus et al., 2002); Agras y Telch (1998, cit. en Macmanus et al., 2002) y Angela, Picot, Lisa y Lilienfeld (2002), ya que realizaron estudios con el objetivo de evaluar si las mujeres con TPA presentaban cuadros de angustia, depresión o frustración. Los resultados mostraron una correlación altamente significativa entre estos factores con los episodios de atracón, por lo que concluyen que éstos juegan un papel importante para muchas personas que no pueden manejar situaciones angustiantes de manera positiva.

Estas investigaciones han mostrado que los sentimientos negativos funcionan como potentes predictores del atracón y que dependiendo de las diferencias individuales será la forma de hacer frente, moderando esto la relación entre afecto negativo y la severidad del atracón.

También la *baja autoestima* es otro factor de riesgo importante para desarrollar un TPA, ya que la percepción que se tiene de un cuerpo con sobrepeso puede ser altamente aversiva, sobre todo para las mujeres con TPA, dado que ellas tienden a evaluar de manera negativa sus cuerpos, generando así una baja autoestima (Heatherton & Baumeister, 1991; Marsha et al., 1998; Stunkard et al., 1996, cit. en Jackson, Grilo & Masheb 1999). De acuerdo con Fairburn et al. (1998) una baja autoestima aunada a una historia de vulnerabilidad a desarrollar obesidad son factores que caracterizan al TPA. Por otro lado, Decalawe et al. (2002) aseguran que una baja opinión de sí mismo contribuye a que la persona sea vulnerable a la presión ejercida culturalmente por no tener un cuerpo delgado y así comenzar con las dietas, presentar pérdida de control por los alimentos (episodios de atracón), acentuamiento de los sentimientos negativos de sí mismos (como consecuencia del fracaso ante la dieta restrictiva) y todo ello nuevamente recae en una autoestima negativa.

### **2.3. Baja auto eficacia**

La autoeficacia es definida como las habilidades de un individuo y la confianza que tiene en sí mismo para ejecutar alguna conducta específica, por ej. hacer frente a la adversidad, la selección de estrategias útiles ante una situación difícil, elección y compromiso con el seguimiento de metas, etc. Los sujetos con TPA muestran menor autoeficacia que personas obesas sin TPA (Miller, Watkins, Sargent & Rickert, 1999). Esto concuerda con lo señalado por Cargill, Clark, Pera, Niaura y Abrams (1999), ya que en un estudio realizado con el objetivo de analizar si la baja autoeficacia era componente de la personalidad de un sujeto con TPA, encontraron que tanto ésta así como una pobre imagen corporal constituyen características psicológicas de las personas con TPA.

Así mismo Goodrick et al. (1998) también identificaron a la depresión, la imagen corporal negativa, la baja autoestima y la baja autoeficacia como características psicológicas de los pacientes con TPA.

#### **2.4. Fluctuaciones de peso**

Las dietas pueden tener efectos físicos y psicológicos perjudiciales, por ejemplo, se ha observado que los ciclos continuos de pérdida y recuperación de peso pueden alterar la composición corporal y el metabolismo, de tal forma que los intentos posteriores para perder peso resultan mucho más difíciles.

Entre los factores psicopatológicos que se asocian a las oscilaciones de peso predomina la depresión, ya que estudios como el de Foster, Sarwer y Wadden (1997) indican que las mujeres obesas que están bajo tratamiento para reducir peso padecen de depresión, aunque el índice más alto de ésta radica en aquellas mujeres que han presentado una historia más marcada de oscilaciones de peso. Además, existen estudios que indican que también el estrés y las fluctuaciones de peso se encuentran relacionados, tal es el caso de Foreyt et al. (1995) quienes encontraron que las personas que fluctuaban de peso reportaban grandes cambios en su vida y por lo tanto se estresaban más.

Asimismo, otros dos estudios también han sugerido efectos psicológicos desfavorables de las oscilaciones de peso, Wardle y Beales (1988) encontraron que la recuperación de peso tiene efectos negativos en la satisfacción con la apariencia, autoestima, confianza en sí mismo y nivel general de bienestar en mujeres obesas. Mientras que en una muestra comunitaria, Foreyt et al. (1995) reportaron que las personas que oscilaban de peso puntuaban bajo en las medidas de bienestar general y auto-eficacia.

A partir de lo anterior, puede observarse que repetidos fracasos para perder peso o para conservar éste constante pueden afectar la autoestima, las relaciones

interpersonales y el bienestar personal; aunque también dichas oscilaciones han sido relacionadas con una imagen corporal pobre.

## 2.5. Imagen Corporal

Una de las características psicológicas más importantes que perfilan como un común denominador entre las personas con TPA es la preocupación por el peso y la figura corporal, esto se debe a que según Striegel-Moore (1995) una persona llega a internalizar el modelo cultural de delgadez, lo que puede dar como resultado motivación para adelgazar y/o insatisfacción corporal.

Stunkard y Costello (2003) y Devlin, Goldfein y Dobrow (2003) han sugerido que existen dos componentes identificados de la imagen corporal que parecen desempeñar un rol importante para el desarrollo del atracón alimentario:

a) La discrepancia entre la idealización y la percepción que se tiene de la talla del cuerpo, es decir, si se tiene un cuerpo con sobrepeso, para algunas personas puede ser aversivo presentando una evaluación negativa de ellos mismos y entonces tener una baja autoestima, y

b) Las actitudes, la afectividad, las cogniciones y las conductas relacionadas a la apariencia del propio cuerpo, es decir si la imagen corporal es negativa, la persona tenderá a realizar alguna dieta restrictiva o ejercicio físico para corregir —según ella— esa imagen carente de belleza y estética, siendo entonces altamente probable que aparezca o aumente —vía el rompimiento de la restricción— la incidencia de atracón. Estos resultados concuerdan con otros

estudios que explican que tanto un IMC mayor a 25 y una imagen corporal negativa son factores significativos que anteceden a un atracón (Cargill, et al., 1999;

Eldredge & Agras, 1996; Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 1999; Spitzer et al., 1993).

Otro factor relacionado a la imagen corporal son los comentarios negativos, específicamente las burlas o ridiculización hacia la figura y peso corporal, éstos han sido identificados como componentes importantes en la formación de actitudes negativas en la persona que escucha este tipo de comentarios con respecto a su apariencia personal (Jackson et al., 1999). Al respecto, Fairburn et al. (1998) realizaron un estudio con personas con TPA, con el objetivo de considerar las historias de ridiculización —desde la infancia hasta la edad actual— como un factor potencial de riesgo para desarrollar este trastorno. Los autores encontraron que una repetida exposición a comentarios negativos procedentes de la familia hacia el peso corporal, de la forma del cuerpo o de la manera en que se alimentaban eran predictores importantes para desarrollar un TPA. Esto concuerda con lo expuesto por Stunkard (1967, cit. en Jackson et al., 1999), ya que él realizó las primeras observaciones con personas que habían comenzado con la obesidad desde su infancia, encontrando que este tipo de sentimientos eran factores que contribuían a desarrollar o mantener determinada psicopatología alimentaria, en este caso el TPA.

## **2.6. Indicadores antropométricos**

Los indicadores antropométricos, específicamente un IMC y un ICC elevados son características de personas que padecen un TPA, estudios como los de Ramacciotti et al. (2000) explican que tanto el sobrepeso como la obesidad son frecuentemente asociadas con el TPA, esto puede deberse a que tal vez el sobrepeso sea resultado de los recurrentes fracasos de largos tratamientos contra la obesidad y las consecuentes oscilaciones de peso observados en pacientes con TPA. Al respecto, se ha evaluado la historia del peso y la composición del cuerpo de pacientes diagnosticados con TPA, encontrando que tanto un IMC > 25, así como un ICC > 80 son característicos de pacientes con TPA (Giusti et al., 2004;

Thompson & P saltis, 1991, cit. en Jackson e t al., 1999; Rasmond, Lapidos y Björntorp, 1995; Angela et al. 2002).

Nombre de archivo: A5  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ANTECEDENTES  
Asunto:  
Autor: BASE  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 26/11/05 11:01 A.M.  
Cambio número: 3  
Guardado el: 26/11/05 11:22 A.M.  
Guardado por: BASE  
Tiempo de edición: 3 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:11 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 11  
Número de palabras: 2,732 (aprox.)  
Número de caracteres: 15,574 (aprox.)

### 3. Diferencias entre personas obesas con y sin TPA

#### 3.1. Modelos que explican al TPA

Tradicionalmente la población con obesidad ha sido considerada como un grupo heterogéneo, resaltando como característica principal el elevado peso corporal (Rohner-Jeanrenaud, Cousin & Jeanrenaud, 1995), sin embargo los hallazgos actuales (Devlin et al., 2003) señalan la necesidad de subdividir a este grupo con el objetivo de entender a la obesidad como un problema multicausal, los subgrupos son: los comedores nocturnos, los que se sobrealimentan diariamente a cualquier hora del día (grazing), las personas que durante las comidas programadas consumen grandes cantidades de alimento y las personas con TPA (figura 2).

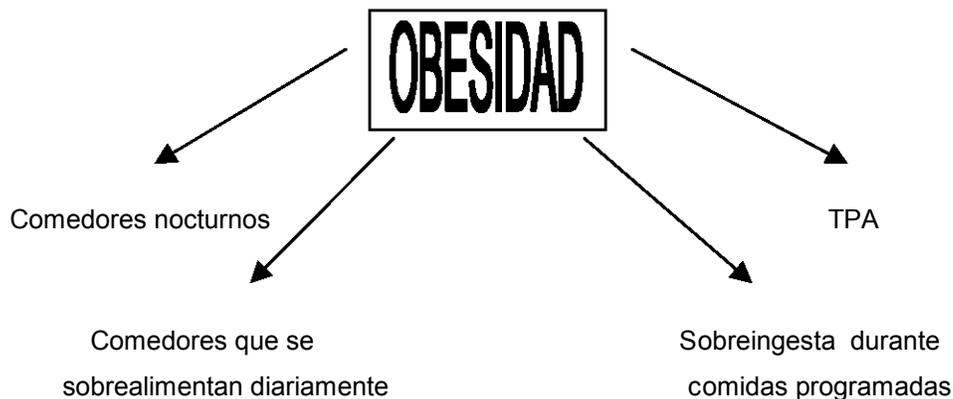


Figura 2. Modelo del TPA como un subtipo de la obesidad (Devlin et al., 2003).

Esta última categoría, el TPA, es en la que nos enfocaremos por ser el objeto de estudio, la diferenciaremos de aquellas personas obesas sin TPA respecto a conducta alimentaria, indicadores antropométricos y factores psicológicos, ya que el peso corporal elevado y la conducta alimentaria anormal se concretan en las personas obesas con TPA, los que se supone representan aproximadamente la tercera parte del total de pacientes obesos (Mardomingo, 2000). Al respecto, existen dos modelos que intentan explicar el origen del TPA,

coincidiendo en que la obesidad es un factor base para el desarrollo de este trastorno.

El primero clasifica al TPA como un subtipo más de la obesidad, visualizándolo como el resultado de dos trastornos primarios que coexisten (Figura 3), es decir, el TPA surge ante la presencia de una obesidad y una psicopatología en general, particularmente la depresión y ante esta asociación ocurre el trastorno por atracón (Stunkard & Allison, 2003, cit. en Devlin et al., 2003), sin embargo, existen pocos argumentos a favor de este modelo explicativo, ya que es estricto al considerar a la obesidad y a la depresión como únicos factores que desencadenan este trastorno, dejando de lado a otros estados de ánimos y al empleo de dietas restrictivas que, como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, también funcionan como agentes que propician el desarrollo de este trastorno (Devlin et al., 2003).

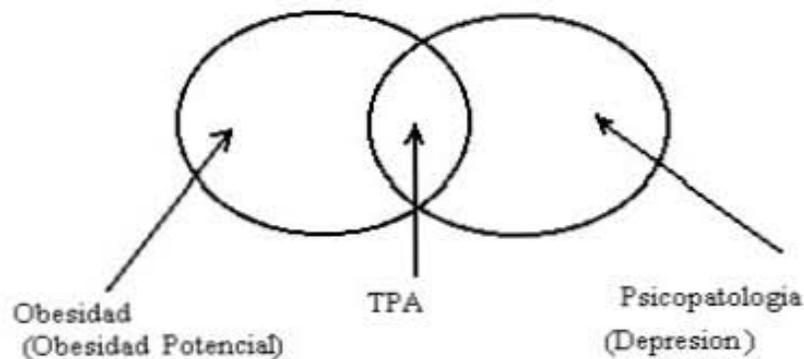


Figura 3. Modelo que explica al TPA como consecuencia de la asociación de la obesidad y la depresión (Stunkard & Allison, 2003, cit. en Devlin et al., 2003).

El segundo modelo explica que el desarrollo del TPA se debe a que si bien existe una obesidad como base, se aúna la presencia de dos factores imprescindibles para desarrollar este trastorno (figura 4): 1) la angustia ante la imagen corporal por no poseer un cuerpo delgado y 2) los sentimientos de disforia o impulsividad. Este modelo propone que un paciente obeso mientras más se

angustie por su imagen corporal y presente sentimientos disfóricos o impulsivos tendrá mas probabilidades de desarrollar este trastorno (Devlin et al., 2003).

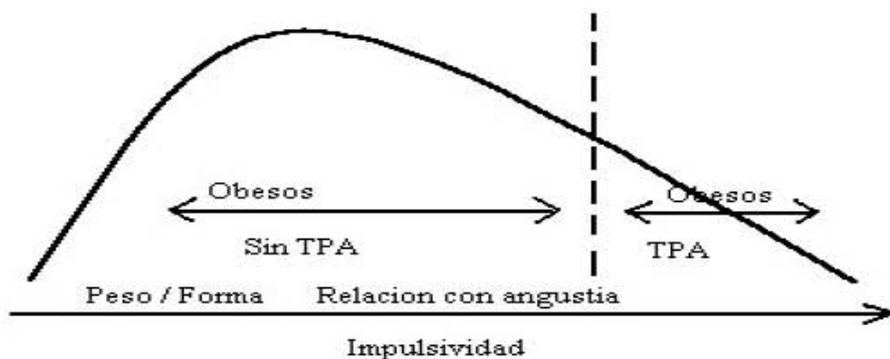


Figura 4. Modelo que explica al TPA como el resultado de la asociación entre la obesidad y la angustia por la imagen corporal (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1999, cit. en Devlin et al., 2003).

Sin embargo, hasta el momento no se ha creado un modelo que explique el origen de l TPA tomando en c onsideración t anto a l a imagen corporal, l a dieta restrictiva, los estados de ánimo negativo y el sobrepeso, ya que a l o largo del presente estudio se ha dado cuenta de que estos factores aparecen en conjunto facilitando el desarrollo del TPA.

### 3.2. Conducta alimentaria

Los pacientes con TPA se distinguen de las personas sin TPA en cuanto a la frecuencia de atracones. Esto es expuesto por Guisado y Vaz (2003), ya que realizaron un estudio en población española con el objetivo de comparar la conducta alimentaria entre pacientes obesas con y sin TPA. Los resultados indican que estas últimas presentaron síntomas de trastorno alimentario, esto en cuanto a mayor presencia de episodios de atracón, menor restricción alimentaria, mayor desinhibición y más hambre. Coincidiendo esto con lo encontrado en investigaciones previas (Fairburn et al., 1998; Mardomingo, 2000; Yanovski, 1993; Sánchez & Fernández, 2002).

Si bien las personas obesas con TPA presentan una mayor frecuencia de episodios de atracón, paralelamente también luchan para no seguir aumentando de peso, por lo que se involucran en la realización de dietas, aunque nunca las concluyen. Esto concuerda con Greeno et al. (1995), quienes realizaron un estudio con una muestra de pacientes obesos bajo un programa de control de peso, con el objetivo de explorar si las personas obesas con y sin TPA concluían las dietas restrictivas que iniciaban. Los resultados revelaron que los obesos con TPA presentaron una mayor utilización de dietas para bajar peso, pero también era más probable que no las concluyeran. Al respecto, Gormally et al. (1982) y Giusti et al. (2004) han concluido que las personas obesas con TPA se caracterizan por una continua lucha por evitar los atracones y poder concluir las dietas que se autoimponen.

Otra diferencia más, definida por Marcus (1999), es que los pacientes obesos con TPA que están bajo un programa de control de peso, al eliminar los kilos de más, tienden a recuperarlos más fácilmente que las personas obesas sin TPA.

Respecto a las personas obesas sin TPA, el sobrepeso se debe a que existen hábitos alimentarios inadecuados, que pueden ir desde el picoteo a la hiperfagia o, como explican Mardomingo (2000) y Cormillot y Zukerfeld (1996), las personas obesas sin TPA presentan una ingesta calórica excesiva, que supone comer más de lo que se gasta, a veces esto se logra comiendo todo el tiempo, pero sin la presencia de episodios de atracón esto aunado a un estilo de vida sedentario, lo que hace que la persona tienda a ganar peso rápidamente.

Al respecto, Fitzgibbon et al. (1999) mencionan que no sólo responde adjudicar al exceso de comida, como único factor responsable de que una persona sea obesa, sino que también hay que tener en cuenta las características biológicas y/o condiciones ambientales.

### **3.3. Indicadores antropométricos**

Los pacientes obesos con TPA muestran niveles significativamente mayores de IMC a lo largo de su vida, es decir, que ya sea desde la niñez o la adolescencia han estado en sobrepeso.

Como se ha mencionado, los episodios de atracón alimentario aparecen con mayor frecuencia en obesos con TPA, estos episodios tienen como consecuencia un aumento en el tejido adiposo de la persona (Mardomingo; 2000), es decir, se asocian con indicadores antropométricos elevados. Esto ha sido comprobado por Giusti et al. (2004), ya que ellos realizaron un estudio con pacientes obesos, a los cuales pretendían caracterizar en cuanto a sus hábitos alimentarios e indicadores antropométricos, y si estos se asociaban al TPA. Los resultados indicaron que el TPA apareció en aquellas personas que intentaron muchas veces realizar dietas restrictivas como una opción para bajar de peso; además, encontraron una correlación significativa entre las oscilaciones de peso, IMC y el ICC. Estos autores concluyeron que las personas obesas con TPA, a diferencia de obesos sin este trastorno, presentan mayor historia de sobrepeso e indicadores antropométricos específicos que denotan un alto grado de obesidad en la parte central del cuerpo.

De acuerdo con lo anterior, podemos decir que las personas obesas con TPA se caracterizan por el uso interrumpido de dietas restrictivas, mayor IMC y concentración de tejido adiposo en la parte superior del cuerpo.

### **3.4. Aspectos psicológicos**

Por otra parte, los factores psicológicos también son considerados como una característica fundamental en la diferenciación entre las personas obesas con TPA respecto de los obesos sin este trastorno, ya que como lo reportan Yanovski (1993) y Sánchez et al. (2002) los obesos con TPA presentan miedo a ganar peso, insatisfacción corporal, preocupación por la comida, dado que piensan que determinados alimentos —altos en grasa o carbohidratos— los harán aumentar de peso; así como la motivación para adelgazar, la baja autoestima y otros afectos negativos.

Específicamente en cuanto a este último factor, Henderson y Huon (2002) analizaron la relación entre los afectos negativos (tales como: angustia, cólera, timidez, culpa y nerviosismo) con el atracón e hipotetizaron que a mayores afectos negativos sería también mayor la severidad de este síntoma, y que dependiendo del manejo de afrontamiento será el impacto de los afectos negativos. Los resultados indicaron que los afectos negativos estaban fuertemente correlacionados a la frecuencia elevada del atracón.

Otros autores han señalado que las personas obesas con TPA son más ansiosas, presentan personalidad límite y de escape, así como más dificultades de adaptación (Baucon et al., 1981; Varnado et al., 1997; Cargill et al., 1999; Fairburn et al., 1998; Thompson et al., 1991, cit. en Jackson et al., 1999; Mardomingo, 2000).

También se ha analizado la relación entre la ansiedad y la depresión (medidos a través de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck) con los episodios de atracón. Los resultados indican que tanto la ansiedad como la depresión se encuentran fuertemente asociadas con el atracón en personas obesas que padecen TPA (Fairburn et al., 1997, cit. en Zaidler, Johnson & Cockell, 2002; Stunkard et al., 2003; Cargill et al., 1998; Jackson et al., 1999).

Nombre de archivo: A6  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ANTECEDENTES  
Asunto:  
Autor: BASE  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 26/11/05 11:05 A.M.  
Cambio número: 3  
Guardado el: 26/11/05 11:23 A.M.  
Guardado por: BASE  
Tiempo de edición: 2 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:12 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 6  
Número de palabras: 1,406 (aprox.)  
Número de caracteres: 8,017 (aprox.)

#### 4. Diferencias entre pacientes con TPA y BN

Se han propuesto varios modelos que intentan explicar cómo se desarrolla un TPA, sin embargo ninguno de ellos ofrecen una idea clara de l desarrollo de este trastorno, ya que para algunos investigadores el TPA no es un trastorno sino un síntoma más de la BN. Tal es el caso de Hay y Fairburn (1998), quienes sugieren que el TPA debe formar parte de los criterios de la BN —específicamente la de tipo no purgativo— (BN-NP), tal como se observa en la figura 5.

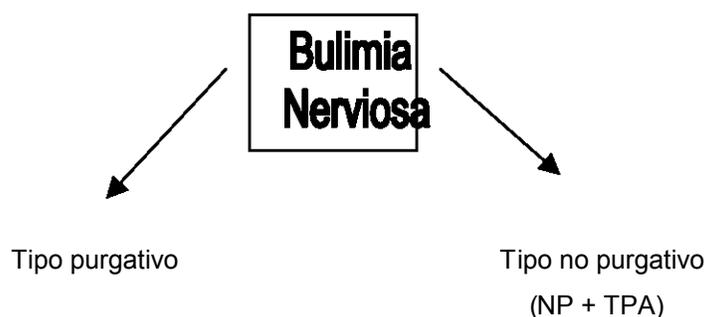


Figura 5. TPA como parte de la BN-NP.

Contrariamente, otros autores han propuesto (Raymond et al. 1995, cit. en Devlin et al., 2003) que el TPA puede ser el comienzo de la BN (figura 6), lo cual de principio supone reconocer como la etapa inicial al TPA, dentro del continuo etiológico de la BN.

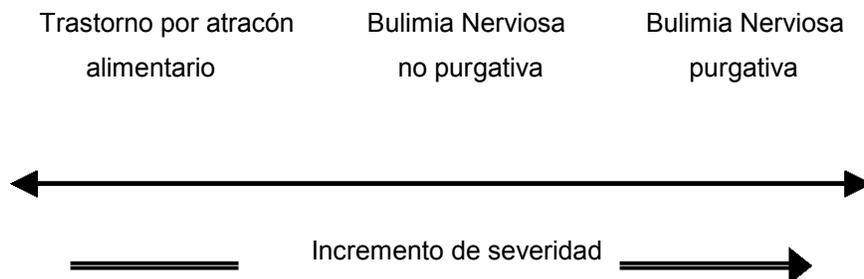


Figura 6. TPA como un continuo de la BN.

Este modelo explica que el TPA no se diferencia de la Bulimia, sino más bien, considera al TPA y a la BN como un continuo, hasta llegar a la BN-P, es decir, primero la persona comenzará con el atracón alimentario, después pasará a la etapa No Purgativa y posteriormente, optará por las conductas compensatorias como una forma de deshacerse de la ingestión excesiva de comida.

Sin embargo, este modelo no es del todo aceptado, ya que el TPA tiene una particularidad muy sutil y bien fundamentada que lo hace diferenciarse de la bulimia no purgativa, y es que se distingue por la periodicidad del episodio de atracón seguido de la utilización de ayuno durante varios días y/o ejercicio.

Por lo tanto, para una mejor comprensión del tema, en los siguientes apartados se comparará a la BN y al TPA en cuanto a tres categorías: conducta alimentaria, indicadores antropométricos y factores psicológicos.

#### **4.1. Conducta alimentaria**

Yanovski et al. (1993) compararon a individuos con bulimia y personas obesas con TPA en cuanto a la cantidad de alimentos ingeridos en un episodio de ingesta, encontrando que si bien las personas con BN se alimentan más que las personas obesas con TPA, la principal diferencia radica en que después del atracón, los pacientes con BN optan por utilizar alguna conducta compensatoria como, por ejemplo, el vómito autoinducido.

Esto es corroborado por Fitzgibbon y Blackman (1999) ya que realizaron estudios con el objetivo de examinar las diferencias —tanto cualitativas como cuantitativas— de la conducta de atracarse en personas con BN y personas obesas con TPA. Los autores no encontraron diferencias cuantitativas entre ambos grupos, sin embargo, sí cualitativas, ya que las personas con BN consumían más azúcar, postres y bocadillos que los pacientes obesos con TPA, mientras que estos consumían más harinas.

Por otro lado, otros investigadores han afirmado que las personas con TPA han utilizado más dietas restrictivas que las personas con BN, ya que en éstas es más común el uso de conductas compensatorias como la forma en que tienden a evitar el riesgo de incremento de peso tras los atracones (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000, cit. en Devlin et al., 2003; Jackson et al., 1999).

#### **4.2. Indicadores antropométricos**

Hasta ahora se ha destacado a las personas obesas con TPA por presentar menor psicopatología a diferencia de las personas que padecen BN, pero caracterizándose por tener más peso corporal. Este último aspecto es confirmado por Striegel-Moore et al. (2000, cit. en Mcmanus et al., 2002), ya que realizaron un estudio donde el objetivo era comparar a mujeres con TPA y mujeres con BN-NP y BN-P en cuanto a su peso corporal. Los resultados mostraron que los pacientes obesos con TPA presentaron mayor IMC ( $\bar{\chi}=41.1$ ) que las personas con BN ( $\bar{\chi}=23.5$ ), es decir, los primeros presentaban —en efecto— obesidad grave, mientras que los segundos eran normopeso.

A su vez, Berko et al. (1993) señalan que el TPA aparece con mayor frecuencia en el grupo de personas con obesidad, mientras que la BN puede aparecer en personas normopeso o con sobrepeso y, más raramente, en infrapeso y obesidad.

#### **4.3. Aspectos psicológicos**

Las pacientes con BN-NP, a diferencia del TPA, tienden a exhibir mayor psicopatología asociada, específicamente más angustia, baja autoestima y menor ajuste social (Hay & Fairburn, 1998; Santoanastaso, Ferrara & Favara, 1999). Lo encontrado en estos estudios puede ser debido a que, según Santanastaso et al. (1999), el TPA no se ha definido con criterios estrictos y precisos, como en el caso de la BN.

No obstante, la suposición de que las personas con BN presentan mayor psicopatología asociada a diferencia de las personas con TPA, es corroborado por Striegel-Moore et al. (2000, cit. en Macmanus et al., 2002), ya que encontraron que tanto mujeres con TPA, mujeres con BN-NP y BN-P presentaban angustia del eje II del DSM-IV, pero a ambos grupos con BN reportaron niveles más altos de angustia y comorbilidad psiquiátrica que las personas con TPA.

Por otro parte, a lo largo de l presente estudio se ha perfilado que los sentimientos negativos, la insatisfacción corporal, la utilización de dietas restrictivas, el sobrepeso u obesidad son los factores considerados más importantes que dan lugar a un TPA.

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue explorar los patrones alimentarios, sintomatología de ansiedad, depresión y TPA en tres grupos de mujeres mexicanas: normopeso, sobrepeso y obesas; desglosándose los siguientes objetivos específicos:

- 1) Evaluar si existe relación entre medidas antropométricas (IMC e ICC) con la sintomatología de trastorno alimentario, de ansiedad y de depresión.
- 2) Comparar a los tres grupos de mujeres —normopeso, sobrepeso y obesas— en cuanto a la sintomatología de trastorno alimentario, de ansiedad y de depresión.
- 3) Comparar a las mujeres con y sin atracón en cuanto a las variables antes mencionadas.
- 4) Hacer una caracterización de mujeres con TPA en cuanto: historia de sobrepeso u obesidad, dieta restrictiva, factores que anteceden a un episodio de atracón, conductas compensatorias e imagen corporal.

Nombre de archivo: A7  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ANTECEDENTES  
Asunto:  
Autor: BASE  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 26/11/05 11:08 A.M.  
Cambio número: 3  
Guardado el: 26/11/05 11:24 A.M.  
Guardado por: BASE  
Tiempo de edición: 1 minuto  
Impreso el: 29/11/05 02:13 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 4  
Número de palabras: 917 (aprox.)  
Número de caracteres: 5,232 (aprox.)

# MÉTODO

## Muestra

Participaron 161 mujeres con un rango de edad de 13 a 48 años ( $\bar{x}$  = 28.55, Desviación Estándar [DE] = 7.8) que procedían de 3 centros de ejercicio aeróbico-reductivo ubicados en la ciudad de México.

## Instrumentos

### 1) Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT)

Su objetivo es identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de los trastornos alimentarios, aunque de forma más específica de AN. Consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta. Este cuestionario fue creado y validado en mujeres canadienses por Garner y Garfinkel (1979), en tanto que fue adaptado y validado para mujeres mexicanas por Álvarez et al. (2004), sugiriendo el punto de corte  $\geq 28$  y una estructura de cinco factores:

- 1- Restricción alimentaria
- 2- Bulimia
- 3- Motivación para adelgazar
- 4- Preocupación por la comida
- 5- Presión social percibida

### 2) Cuestionario de Bulimia (BULIT)

Creado por Smith y Thelen (1984) con el objetivo de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones característicos de la BN. Fue adaptado y validado para población mexicana por Álvarez (2000); sugiriendo un punto de corte  $\geq 85$  y una estructura de tres factores:

- 1- Atracón
- 2- Sentimientos negativos posteriores al atracón
- 3- Conductas compensatorias

### 3) Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)

Fue creado y validado en mujeres estadounidenses por Stunkard y Messick (1985, cit. en Sánchez, Raich, Figueras, Torras & Mora, 1999), consta de 51 preguntas y se divide en dos partes. La primera abarca de la pregunta 1 a la 36 y plantea dos opciones de respuesta: verdadero (V) o falso (F); mientras que la segunda parte (de la pregunta 37 a la 51) tiene 4 opciones de respuesta: 1 (raramente), 2 (algunas veces), 3 (habitualmente) y 4 (muchísimo). Dichas preguntas se agrupan en tres escalas:

- 1- Cogniciones de restricción alimentaría
- 2- Tendencia a desinhibición sobre la ingesta de alimentos
- 3- Susceptibilidad al hambre.

Fue adaptado y validado en población española por Sánchez y Fernández (1999) y adaptado para población mexicana por López, Mancilla, Vázquez, Franco y Alvarez (2005).

### 4) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Es una escala de auto-aplicación que evalúa sintomatología del trastorno por ansiedad. Fue desarrollado por Beck en 1988 (cit. en Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001) para evaluar específicamente la severidad de los síntomas (subjetivos y somáticos) de ansiedad de una persona y fue validado por Robles et al. (2001) para población mexicana. Consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se responde bajo una escala de 4 puntos (que va desde “poco o nada” a “severamente”). La calificación se obtiene de la suma del puntaje en los reactivos, entre mayor sea éste, más ansioso se encuentra el sujeto y puede ubicarse en alguno de los cuatro niveles de ansiedad, que son: mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y severa (31-63). Consta de cuatro factores:

1. Subjetivo

2. Neurofisiológico
3. Autonómico
4. Pánico

5) Inventario de Depresión de Beck (IDB)

Este instrumento fue diseñado para valorar la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. El IDB fue desarrollado por Beck (cit. en Méndez, 1995) a principios de los años 60`s, publicó en 1978 una versión revisada y en 1993 la más actualizada. El inventario consta de 21 reactivos, cuya calificación se obtiene de la suma del puntaje en los reactivos, entre mayor sea éste más deprimido se encuentra el sujeto y podrá clasificarse en alguno de los cuatro niveles de depresión, que son: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63). Finalmente, cabe mencionar que el IDB fue validado y estandarizado para población mexicana por Méndez (1995).

6) Indicadores antropométricos, específicamente comprendió los tres siguientes:

- a) Índice de Masa Corporal (IMC). Permite establecer una relación de proporción entre el peso y la estatura, a través de la siguiente fórmula:  $\text{peso} / (\text{estatura})^2$ . De acuerdo a Vargas y Casillas (1993), la clasificación adulta mexicana comprende los siguientes criterios (tabla 2).

IMC	PESO
< de 19	Bajo peso
19 a 24.9	Normopeso
25 a 29.9	Sobrepeso
30 a 34.9	Obesidad
> a 40	Obesidad Severa

Tabla 2. Índice de masa corporal (Vargas & Casillas, 1993).

b) Índice Cintura-Cadera (ICC). Estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula: Circunferencia cintura X 100/ circunferencia cadera, ubicándola bajo los siguientes criterios (Vargas & Casillas,1993):

ICC	Ubicación de grasa corporal
≤ 73	Alto predominio de grasa en la parte inferior del cuerpo.
74-76	Moderado predominio de grasa en la parte inferior del cuerpo.
77-80	Moderado predominio de grasa en la parte superior del cuerpo.
>80	Alto predominio de grasa en la parte superior del cuerpo

Tabla 3. Ubicación de la grasa corporal de acuerdo al ICC (Vargas & Casillas,1993).

c) Porcentaje de grasa. Se calculó a partir de la medición de cinco pliegues cutáneos: bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla, con base a la fórmula adaptada por Durin y Womersley (1974, cit. en Frisancho, 1990).

$$D = a - b \quad (b = \log \text{ de tríceps} + \text{subescapular})$$

#### 7) Entrevista para el diagnóstico de los trastornos alimentarios (IDED)

Esta entrevista fue elaborada por Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998) bajo los criterios del DSM-IV con la finalidad de detectar trastornos alimentarios.

#### **Procedimiento**

- ♣ Recolección de datos

Primer paso. Aplicación de la primera parte de la batería de pruebas: EAT y BULIT, para esta aplicación y la del segundo paso se formaron grupos entre 20 y 25 personas

Segundo paso. Comprendió la aplicación de los cuestionarios TFEQ, BAI y BDI.

Tercer paso. Se citaron a las personas para realizar la toma de medidas antropométricas, conforme iban llegando se les tomaban las medidas. Estas medidas fueron tomadas por una antropóloga física.

Cuarto paso. Realización de la entrevista diagnóstica a las personas con atracción, los parámetros que se consideraron para entrevistar a las personas, fue el que obtuvieran una puntuación mayor o igual a los puntos de corte sugeridos para población mexicana para el EAT  $\geq 28$  (Álvarez et al., 2004) y el BULIT  $\geq 85$  (Álvarez, 2000).

#### ♣ Análisis de datos

Se utilizó la media ( $\bar{x}$ ) y la Desviación Estándar (DE) para describir a la muestra en general en cuanto a la edad, IMC, porcentaje de grasa e ICC: se empleó esta medida de tendencia central ( $\bar{x}$ ) y de dispersión (DE) por ser los valores más adecuados para referir a datos poblacionales (Silva, 1992).

Para evaluar el objetivo específico 1. Se utilizó la "r" de Pearson, para medir la asociación entre las variables: medidas antropométricas (IMC, ICC y porcentaje de grasa) con los instrumentos aplicados: EAT, BULIT, TFEQ, BAI y BDI.

Para el objetivo específico 2. Se empleó una prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para muestras independientes, esta prueba tiene por objetivo evaluar diferencias entre tres o más muestras: Con esta prueba se evaluó si

existían diferencias entre las mujeres normopeso, obesas y con sobrepeso en cuanto a las variables antes mencionadas. Posterior a ésta se utilizó la prueba U de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni (Ferrán, 1996).

Para evaluar si existen diferencias entre mujeres con y sin atracón en cuanto al comportamiento alimentario, sintomatología de ansiedad y depresión, se utilizó de igual forma la Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Finalmente, para realizar la caracterización de las mujeres con TPA en cuanto: Historia de sobrepeso u obesidad, dieta restrictiva, factores que anteceden a un episodio de atracón y conductas compensatorias se empleó la entrevista IDED.

## Resultados

Los resultados obtenidos indicaron que el promedio de edad de las participantes fue de 28 años (DE= 8); en cuanto a las medidas antropométricas, se obtuvo un IMC promedio de 28 ( DE= 4 ), e l promedio de l porcentaje de g raso corporal fue 34 (DE= 4) y el promedio de ICC fue de 83 (DE= 8).

Con base a l IMC se formaron tres grupos: Normopeso con 45 personas (grupo 1), sobrepeso con 74 personas ( grupo 2 ) y obesidad con 42 personas (grupo 3), tal como lo muestra la tabla 3.

GRUPOS	EDAD	IMC	% D E GRAS A	ICC
--------	------	-----	--------------------	-----

1.NORMOPES O n= 45 28%	$\bar{\chi}$ = 28 DE= 8	$\bar{\chi}$ = 24 DE= 1	$\bar{\chi}$ = 31 DE= 3	$\bar{\chi}$ = 80 DE= 5
2.- SOBREPESO n= 74 46%	$\bar{\chi}$ = 29 DE= 7	$\bar{\chi}$ = 27 DE= 1	$\bar{\chi}$ = 34 DE= 4	$\bar{\chi}$ = 83 DE= 10
3.-OBESIDAD n= 42 26%	$\bar{\chi}$ = 29 DE= 9	$\bar{\chi}$ = 33 DE= 3	$\bar{\chi}$ = 38 DE= 2	$\bar{\chi}$ = 86 DE= 7
TOTAL (n= 161)	$\bar{\chi}$ = 28 DE= 8	$\bar{\chi}$ = 28 DE= 4	$\bar{\chi}$ = 34 DE= 4	$\bar{\chi}$ = 83 DE= 8

Tabla 3. Media ( $\bar{\chi}$ ) y Desviación Estándar (DE) por cada grupo en cuanto a la edad, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa (%) e índice de cintura-cadera (ICC).

De acuerdo con lo anterior, el 72% de las personas que formaron parte de la muestra de este estudio presentaban sobrepeso u obesidad y un ICC que indicó que el segundo y tercer grupo presentaban un alto predominio de grasa en la parte superior del cuerpo, mientras que el primer grupo presentó un moderado predominio de grasa en la parte superior del cuerpo y un IMC normal.

En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos de la “r” de Pearson, que indicaron que en la muestra total, el porcentaje de grasa correlacionó de manera significativa con el total del EAT y únicamente sus factores: bulimia, motivación para adelgazar y presión social percibida a excepción de preocupación por la comida.

En cuanto al IMC, se observó que correlacionó de manera significativa con el total del EAT y sus factores: bulimia, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida, a excepción de restricción.

Tabla 4. medidas factores del EAT, \*p < 0.05 \*\* p < 0.001 (n=161).

EAT	% D E GRASA	IMC
Total EAT	r= .17*	r= .20*
Bulimia	r= .20**	r= .21**
Motivación para adelgazar	r = .31**	r =.30**
Preocupación por la comida	r= .15	r= .20**
Presión social percibida	r=-.18*	r= .17*

Correlación entre antropométricas y 0.05 \*\* p < 0.001 (n=161).

En la tabla 5 se muestran los resultados de los cuestionarios BULIT y TFEQ, se observó que el porcentaje de grasa correlacionó con el total del BULIT y dos de sus factores: atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón; en cuanto al TFEQ, fue con el factor desinhibición por la comida. En tanto que el IMC también correlacionó con el total del BULIT y los factores: atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón, así como con los factores desinhibición por la comida y hambre del TFEQ.

BULIT	% DE GRASA	IMC
Total BULIT	r= .25**	r= .27**

Atracón	r= .19*	r= .27**
Sentimientos negativos posteriores al atracón	r= .28**	r= .25**
Conductas compensatorias	r= .09	r= .09
TFEQ		
Restricción alimentaria	r= .11	r= .13
Desinhibición por la comida	r= .29**	r= .38**
Hambre	r= .17	r= .23**

Tabla 5. Correlación entre medidas antropométricas y factores del BULIT y TFEQ, \*p < 0.05 \*\*p < 0.001 (n= 161).

Finalmente, en cuanto a los cuestionarios de ansiedad y depresión de Beck (Tabla 6), se encontró que el porcentaje de grasa correlacionó únicamente con el total de ansiedad, su factor ansiedad subjetiva y con el total de depresión. Respecto al IMC, se observó una correlación con el total de ansiedad y con sus factores: ansiedad subjetiva y neurofisiológica.

BAI	% DE GRASA	IMC
Total Ansiedad	r= .16*	r= .19*

Ansiedad Subjetiva	r= .17*	r= .19*
Ansiedad Neurofisiológica	r= .12	r= .16*
Ansiedad Autonómica	r= .08	r= .09
Pánico	r= .12	r= .14
Total Depresión	R= .20**	r= .14

Tabla 6. Correlación entre medidas antropométricas y factores del BAI e BDI, \*p < 0.05 \*\*p < 0.001 (n= 161).

Por lo anterior se puede decir que a mayor porcentaje de grasa e IMC se presenta sintomatología bulímica, e específicamente atorción, desinhibición por la comida y sentimientos negativos posteriores a la tración. Contrariamente, cabe destacar que no fue así en cuanto a la dieta ni las conductas compensatorias. Por otro lado, en cuanto a los indicadores de afecto negativo, el IMC y el % de grasa se asociaron con mayor ansiedad, específicamente subjetiva.

No obstante es importante resaltar que todas las correlaciones observadas fueron débiles, tanto para el porcentaje de grasa como para el IMC.

En la tabla 7 se observan los resultados de la prueba Kruskal-Wallis que indican diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto al total del EAT y su factor: motivación para adelgazar. Las personas con sobrepeso y con obesidad presentaron puntuaciones significativamente mayores en el total del EAT y en el factor motivación para adelgazar a diferencia de las normopeso.

EAT	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	X <sup>2</sup>	Post-Hoc
	Normopeso	Sobrepeso			Man-Whitney

	n= 45	n= 74	Obesidad n= 42		
Total EAT	Me= 18 AI= 13	Me= 20 AI= 15	Me= 22 AI= 15	8*	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Restricción alimentaria	Me= 2 AI= 3	Me = 2 AI= 3	Me= 2 AI= 3	0	No significativo
Bulimia	Me= 0 AI= 0	Me= 0 AI= 1	Me= 0 AI= 2	7*	No significativo
Motivación par a adelgazar	Me= 3 AI= 7	Me= 5 AI= 7	Me= 9 AI= 7	13**	Gpo. 2 y 3 vs. grupo 1
Preocupación po r la comida	Me= 1 AI= 2	Me= 1 AI= 3	Me= 2 AI= 3	5	No significativo
Presión s ocial percibida	Me= 0 AI= 2	Me= 0 AI= 1	Me= 0 AI= 0	7*	No significativo

Tabla 7. Comparación entre grupos Mediana (Me) y Amplitud Intercuartílica (AI) respecto al EAT, \*p  $\leq 0.05$  \*\*p  $\leq 0.001$ .

En la tabla 8 se observan los resultados de los cuestionarios BULIT y TFEQ, aquí se encontraron diferencias entre los grupos en el total del BULIT y en sus dos factores: atracón y sentimientos negativos posteriores al atracón, siendo los grupos 2 y 3 quienes obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo 1. En lo referente a TFEQ también se encontraron diferencias significativas entre los grupos, siendo el 2 y el 3 quienes presentaron mayores puntuaciones en los factores desinhibición por la comida, restricción alimentaria y hambre.

Es decir, que tanto el grupo sobrepeso como el de obesidad se caracterizaron por más episodios de atracón, seguidos de sentimientos de culpa, presentaron desinhibición alimentaria y sensación de hambre solamente el grupo con obesidad presentó más.

BULIT	GRUPO 1 Normopeso n= 45	GRUPO 2 Sobrepeso n= 74	GRUPO 3 Obesidad n= 42	X <sup>2</sup>	Post-Hoc U de Mann- Whitney
Total BULIT	Me= 61 AI= 22	Me= 71 AI= 23	Me= 79 AI= 23	14**	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Atracón	Me= 16 AI= 8	Me= 18 AI= 10	Me= 23 AI= 13	12**	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Sentimientos negativos posteriores a l atración	Me= 13 AI= 6	Me= 16 AI= 7	Me= 17 AI= 6	14**	Gpo. 2 y 3 vs. grupo 1
Conductas compensatorias	Me= 4 AI= 2	Me= 4 AI= 2	Me= 4 AI= 2	.92	No significativo
TFEQ					
Restricción alimentaria	Me= 7 AI= 7	Me= 10 AI= 6	Me= 9 AI= 5	11**	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Desinhibición por la comida	Me 3 AI= 3	Me= 4 AI= 4	Me= 6 AI= 5	17**	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Hambre	Me= 2 AI= 3	Me= 3 AI= 4	Me= 4 AI= 4	7**	Grupo. 2y 3 vs. grupo 1

Tabla 8. Comparación entre grupos, Mediana (Me) y Amplitud Intercuartilica (AI) respecto al BULIT y TFEQ \*p ≤ 0.05 \*\*p ≤ 0.001.

En la tabla 9 se presentan las comparaciones entre los tres grupos respecto a los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto al factor ansiedad subjetiva y total de depresión, siendo los grupos 2 y 3 quienes obtuvieron puntuaciones estadísticamente mayores que el grupo 1, es decir, que

tanto el grupo con sobrepeso como el de obesidad se caracterizaron por experimentar más angustia subjetiva y depresión.

BAI	GRUPO 1 Normopeso n= 45	GRUPO 2 Sobrepeso n= 74	GRUPO 3 Obesidad n= 42	X <sup>2</sup>	Post-Hoc Man-Witney Grupo vs. grupo.
Total ansiedad	Me= 10 AI= 8	Me= 12 AI= 13	Me= 11 AI= 20	5	No significativo
Ansiedad Subjetiva	Me= 3 AI= 5	Me= 7 AI= 9	Me= 5 AI= 9	9**	Grupo 2 y 3 vs. grupo 1
Ansiedad Neurofisiológica	Me= 3 AI= 3	Me= 3 AI= 4	Me= 4 AI= 6	0	No significativo
Ansiedad Autonómica	Me= 0 AI= 2	Me= 0 AI= 2	Me= 1 AI= 2	3	No significativo
Pánico	Me= 1 AI= 3	Me= 1 AI= 2	Me= 2 AI= 2	2	No significativo
<b>Inventario de depresión de Beck</b>					
Total Depresión	Me= 8 AI= 11	Me= 9 AI= 10	Me= 13 AI= 12	5*	Grupo. 2 y 3 vs. grupo 1

Tabla 9. Comparación entre grupos. Mediana (Me) y Amplitud Intercuartilica (AI) respecto al BAI e IDB \*p ≤ 0.05 \*\*p ≤ 0.001.

Posteriormente, de los tres grupos se seleccionó a las participantes de acuerdo a la presencia o ausencia de atracón alimentario (evaluado mediante el factor correspondiente del BULIT), de manera que se conformaron dos grupos:

a) Grupo con atracón: Se constituyó con las personas que obtuvieron una puntuación igual o mayor a 30 en el factor atracón del BULIT (n= 23).

b) Grupo sin atracón o control: De las personas que no cumplieron el criterio anterior, se seleccionó aleatoriamente una muestra proporcional a la anterior (n= 23), igualándolas en edad.

En la tabla 10 se presentan los resultados de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el total del EAT y en dos de sus factores: Bulimia y preocupación por la comida, siendo el grupo con atracón quien obtuvo mayor puntuación.

EAT	Grupo con atracón (n= 23)	Grupo sin atracón (n= 23)	U de Mann-Whitney
Total EAT	Me= 25 Al= 16	Me= 21 Al= 10	172*
Restricción alimentaria	Me= 3 Al= 5	Me= 2 Al= 3	166
Bulimia	Me= 1 Al= 4	Me= 0 Al= 1	139**
Motivación para adelgazar	Me= 10 Al= 7	Me= 7 Al= 10	196
Preocupación por la comida	Me= 3 Al= 4	Me= 1 Al= 3	152*
Presión social percibida	Me= 0 Al= 1	Me= 1 Al= 0	210

Tabla 10. Comparación entre grupos. Mediana (Me) y Amplitud Intercuartílica (Al) respecto al EAT \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.001$ .

Respecto a los factores del BULIT y TFEQ se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con y sin atracón en el total del BULIT, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias, así como en desinhibición y hambre del TFEQ, detectándose en todos los casos que el grupo con atracón fue el que presentó mayores puntuaciones.

BULIT	Grupo con atracón (n= 23)	Grupo sin atracón (n= 23)	U de Mann-Whitney
Total BULIT	Me= 104 AI= 24	Me= 68 AI= 21	34**
Atracón	Me= 34 AI= 6	Me= 17 AI= 6	7**
Sentimientos negativos posteriores al atracón	Me= 22 AI= 8	Me= 16 AI= 7	99**
Conductas compensatorias	Me= 6 AI= 4	Me= 4 AI= 0	122**
TFEQ			
Restricción alimentaria	Me= 10 AI= 6	Me= 9 AI= 9	221
Desinhibición por la comida	Me= 9 AI= 5	Me= 4 AI= 1	59**

Hambre	Me= 7 AI= 4	Me= 2 AI= 3	65**
--------	----------------	----------------	------

Tabla 11. Comparación entre grupos. Mediana (Me) y Amplitud Intercuartilica (AI) respecto al BULIT y TFEQ \*\* $p \leq 0.001$ .

En la tabla 12 se presentan los resultados de dicha comparación respecto al BAI y BDI. En el BAI únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin atracón en los factores ansiedad autonómica y pánico, siendo nuevamente el grupo con atracón el que presentó mayores puntuaciones. Cabe señalar que a pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en BDI, el grupo con atracón presentó una tendencia a mayores puntuaciones.

BAI	Grupo con atracón (n= 23)	Grupo sin atracón (n= 23)	U de Mann-Whitney
Total ansiedad	Me= 23 AI= 30	Me= 11 AI= 11	168
Ansiedad Subjetiva	Me= 12 AI= 11	Me= 6 AI= 6	166
Ansiedad neurofisiológica	Me= 6 AI= 9	Me= 3 AI= 4	177
Ansiedad Autonómica	Me= 2 AI= 4	Me= 0 AI= 2	135**
Pánico	Me= 2 AI= 4	Me= 1 AI= 2	134*
<b>BDI</b>			
Total Depresión	Me= 16 AI= 19	Me= 10 AI= 12	207

Tabla 12. Comparación entre grupos. Mediana (Me) y Amplitud Intercuartílica (AI) respecto al BAI y BDI, \* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.001$ .

De la comparación de las medidas antropométricas entre los grupos con y sin atracón alimentario no se observaron diferencias estadísticamente significativas, pero cabe señalar que el grupo con atracón presentó una tendencia hacia los límites de obesidad mientras que el grupo control presentó puntuaciones que referían a un límite inferior de sobrepeso.

### **Análisis cualitativo de las entrevistas de mujeres con TPA**

De las 23 personas que presentaron atracón, con cada una de ellas se llevó a cabo la entrevista diagnóstica de trastornos alimentarios (IDED), de entre las cuales se diagnosticaron nueve casos (39%) con TPA. De dichos casos se realizó un análisis de corte cualitativo con el objetivo de explorar: la historia de sobrepeso u obesidad, la conducta alimentaria, las dietas restrictivas, los factores que anteceden a un episodio de atracón, la imagen corporal, las conductas compensatorias, los síntomas de ansiedad, de depresión y los comentarios sobre la imagen corporal.

#### **♣ Historia de sobre peso u obesidad**

Se investigó si en alguna época de la vida habían tenido sobrepeso importante, lo obtenido fue que 7 casos (78%) reportaron haber lo presentado desde la infancia, mientras que las dos personas restantes comentan que de niñas fueron delgadas hasta el término de la adolescencia y que desde entonces han ido

aumentando de peso a través de los años, ellas explican que este aumento de peso se debe a que tal vez se casaron, como lo dicen en el siguiente texto: “No, de niña y adolescente era muy delgada, me casé y empecé a subir de peso”.

Pero este aumento de peso ha sido también justificado no sólo porque se casaron, sino además por las nuevas responsabilidades que han ido adquiriendo a través del tiempo con su nueva familia (esposo e hijos), tal y como lo explica la siguiente nota: “Me casé y entre los problemas de mis hijos, los problemas que tengo con mi marido y la rutina de ama de casa se convierten en algo tan estresante que a veces no se por que pero termino comiendo de masiado y no puedo parar, y creo que es por eso que aumento de peso”.

#### ♣ Dietas restrictivas

Ocho de las nueve personas entrevistadas (90%) reportaron que evitaban comer: carbohidratos y grasas, solo una persona (11%) dijo que no evitaba ningún alimento, ya que no puede resistirse a comer, argumentando que todos los alimentos son de su agrado.

El objetivo de restringir este tipo de alimentos es porque creen que si no los comen podrán bajar de peso, y si los consumen les harán aumentar. Sólo una persona comentó que nunca había hecho dieta, ya que no tiene la fuerza de voluntad para comenzarlas o mantenerlas.

De las mismas ocho mujeres específicamente 3 de ellas (37%) dijeron que en algún momento de su vida se autoprescribieron una dieta para bajar de peso: la primera persona dijo que había realizado la dieta árabe, ésta consiste en poner ante los ojos del dietante una gran cantidad de comida, por ejemplo: un pollo entero, muchas verduras o frutas, y siempre tratar de comerse todo; sin embargo, con el simple hecho de ver la gran cantidad de comida, sólo se come una menor cantidad (1 pieza de pollo, un poco de ensalada y una fruta).

La segunda persona mencionó que seguía las recetas que veía en un programa de televisión, ya que ahí aparecía un doctor que aseguraba que con el régimen alimentario que él había estructurado, las personas podrían bajar de peso.

Por último, la tercera persona comentó que meses atrás había comprado todos los productos para reducir peso que aparecen en la televisión sin ningún resultado, esta misma persona mencionó que no tenía restricción alimentaria y no había realizado dieta, pero que en estos momentos lo empezaba a considerar como una opción eficaz para bajar de peso.

Cabe mencionar que sólo una persona ha acudido con un especialista, este médico naturista le colocó balines y le recetó una dieta restrictiva.

A la mayoría les han funcionado estas técnicas, pero sólo es temporal, porque en cuanto abandonan este régimen alimentario vuelven a aumentar los kilos que ya habían perdido, regresando otra vez al círculo habitual: estresarse, atracarse, tratar de hacer dieta restrictiva y, por lo tanto, angustiarse.

#### ♣ Factores que anteceden a un episodio de atracón

Este rubro hace referencia a los eventos que disparan al episodio de atracón, los más comunes para las personas que participaron en este estudio fueron:

- sentimientos negativos: cólera, aburrimiento y estrés
- comentarios sobre la imagen corporal: específicamente burlas

Sólo una persona manifestó que se atracaba ante sentimientos positivos (la alegría): “Todos los domingos nos reunimos en casa de mi suegra, me siento tan a gusto, tan alegre de ver como todos convivimos, que empiezo a comer y no me doy cuenta por estar platicando de todo lo que como”.

#### ♣ Imagen corporal

Todas las personas manifestaron sentirse insatisfechas con su cuerpo, y a pesar de que puedan tener leve sobrepeso, ellas se ven gordas: “Me siento gorda, y siempre me fijo en las chicas, para ver si son gordas o delgadas y me caen gordas las chicas delgadas”. De forma aunada, el simple hecho de pensar que pudieran aumentar un kilo o menos, las angustia; pero si bajaran un kilo o más aseguran que sería lo mejor que les pudiera pasar, tal como lo dicen en el siguiente texto:

¿Qué sentiría si adelgazase?	¿Qué sentiría si ganase?
1 kg: Excelente	1kg: Deprimida
2 kg: Mucho mejor	2kg: Deprimida
4 kg: Mucho mejor	4 kg: Mucho más deprimida, no comería

Entonces podemos hipotetizar que el aumentar una mínima cantidad de peso les genera angustia, y si pierdan una mínima parte, eso las refuerza a seguir llevando el mismo estilo de conducta alimentaria.

Otro aspecto importante, es que si bien ellas quieren reducir zonas muy específicas del cuerpo: abdomen, caderas y piernas, también desearían aumentar el tamaño de sus senos, constantemente se comparan con las actrices de moda; y aunque muchas de ellas están concientes de que su complexión no es delgada, se conformarían con tener un cuerpo muy bien proporcionado, esto es tal y como ellas dicen: “muchas pompas, grandes senos y nada de panza”.

#### ♣ Conductas compensatorias

Las conductas que ellas suelen utilizar son: productos para adelgazar y ejercicio físico, en el primer rubro, dos personas reportaron que en algún periodo de su vida

utilizaron productos que anunciaban en televisión para reducir peso, una persona mencionó que utilizaba gel reductivo, mientras que otra participante dijo que había comprado todo lo que anunciaban en la televisión para bajar de peso como: “fatache”, “redugras”, “gel”, “jabones” y “cremas reductivas” sin ningún resultado. Sin embargo, la mayoría manifestó que no les llaman la atención los productos destinados a adelgazar, ya que a migas les han comentado que esas cosas no funcionan.

Sin embargo, a este discurso que refiere no mostrar interés por los productos adelgazantes, existe una contradicción, ya que están al tanto de saber la confiabilidad de los mismos y conocen con exactitud qué producto está de moda, dado que todas conocen gran diversidad de los productos anunciados para perder peso, por lo que parece ser que el motivo real por el que no usan estos productos es la falta de recursos económicos, como lo podemos comprender en el siguiente discurso: “sí tuviéramos dinero compraríamos todos esos productos que anuncian para bajar de peso”.

En cuanto a la realización de ejercicio, todas las entrevistadas hacían aerobics como un recurso para bajar de peso. La mayoría reporta una rutina de una hora diaria (lunes a viernes), una posible explicación a la conducta de realizar ejercicio es que resulta económicamente accesible (40 pesos semanales), la facilidad de integrarse a un grupo de aerobics (no necesitan membresía o inscripción) y la cercanía del club aeróbico respecto a su domicilio, comparada con los costos de dinero y disponibilidad de tiempo para ordenar (y el tiempo que tardarían en llegar) los productos adelgazantes, ya que en esta región el acceso de la paquetería es muy difícil, por lo tanto, se vuelve más práctico realizar aerobics, considerando también que es la única actividad deportiva de esa localidad.

#### ♣ Ansiedad y depresión

5 personas presentaron depresión leve, en una persona fue mínima, 2 casos con depresión moderada y sólo una persona con depresión severa. Esto concuerda con lo publicado por Kolotkin et al. (1987) y Arnow et al. (1995 cit. en Macmanus et al., 2002), ya que indican que tanto la ansiedad como la depresión son factores que se asocian significativamente con los episodios de atracón, aunque cabe aclarar que sólo una persona de este estudio presentó sintomatología de depresión severa, mientras que la mayoría de las personas presentaron depresión leve, valdría la pena poder seguir estudiando la relación entre el TPA y la comorbilidad psicológica (en este caso la depresión), con el objetivo de poder decir si en efecto la depresión es un factor importante en el TPA y sí lo es en qué grado.

Respecto a la ansiedad, poco más de la mitad ( $n= 5$ ) presentó ansiedad severa, en dos personas fue moderada y en dos leve, quizá estos síntomas de ansiedad se deban a que estas personas están preocupadas por querer tener un cuerpo delgado, ya que como lo señalan Devlin et al. (2003), Marcus (1999) y Wilfley et al. (1999), la ansiedad por la imagen corporal es un factor adicional que se asocia al TPA, ya que ellos han encontrado una asociación muy marcada entre los episodios de atracón y este sentimiento.

Una posible explicación a lo anterior es que tal vez las personas con TPA canalicen sus emociones negativas a los episodios de atracón alimentario, ya que al parecer las personas muchas veces no pueden identificar esta relación como la causa del aumento de peso y, en otros casos, los comentarios ante su figura (la imagen corporal) las lastiman y utilizan como consuelo un episodio de atracón, sintiéndose angustiadas por dos razones: la primera, por no poder poseer una figura esbelta y estilizada; y la segunda razón, por la manera excesiva de comer y no poder controlarse.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio indicaron que un alto IMC y un porcentaje de grasa elevado se asociaron a sintomatología bulímica —específicamente atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón—, desinhibición por la comida, motivación para adelgazar y mayor ansiedad —particularmente ansiedad subjetiva—.

Sin embargo, cabe señalar que las asociaciones entre IMC y porcentaje de grasa con conducta alimentaria y afectos negativos fueron débiles, de esta manera los obesos no deben ser considerados como un grupo homogéneo (Rohner-jeanrenaud, et al., 1995), sino más bien entender a la obesidad como un problema multicausal, como lo propone Devlin et al. (2003) al dividirla en subgrupos para su mejor comprensión; ya que no todas las personas obesas presentan afectos negativos asociados con trastorno alimentario, sino que también se encuentran hábitos alimentarios inadecuados como el picoteo o la hiperfagia, estilos de vida sedentarios y características hereditarias que influyen para que una persona presente obesidad, por lo tanto, si encuentran el tratamiento médico adecuado podrían mejorar notoriamente (Mardomingo, 2000; Cormillot & Zukerfeld, 1996).

Al comparar a los grupos de mujeres normopeso, sobrepeso y obesas, se obtuvo que estos dos últimos grupos presentaron un alto predominio de grasa en la parte superior del cuerpo a lo que indica que tenían obesidad androide u obesidad abdominal, este tipo de obesidad es considerado como un factor predisponente para enfermedades como: hipertensión arterial, cardiovasculares, colesterol y diabetes mellitus (Calva, 1997; Goldberg, 2005). Mientras que Giusti et al. (2004), Thompson y Psaltis (1991, cit. en Jackson et al., 1999), Rasmond et al. (1995) y Angela et al. (2002) encontraron que este tipo de obesidad es un factor poderoso para desarrollar un TPA, por lo tanto, podemos hipotetizar que algunas de las personas de esta muestra presentaban sintomatología de TPA.

Respecto a la conducta alimentaria de las personas obesas y con sobrepeso, se encontró que dichas muestras mostraron mayor patología alimentaria a diferencia de las normopeso, ya que presentaron atracones, sentimientos negativos posteriores al atracón, desinhibición y hambre. Por lo tanto, podemos suponer que las personas obesas y con sobrepeso presentaban sintomatología de trastorno de la conducta alimentaria, estos datos coinciden con Henderson y Huon en el 2002; Cilli et al. (2003) y Giusti, Hèraïef, Gallard y Burckhardt (2004) quienes reportan que la presencia de atracones en personas obesas genera de terminada sintomatología de TCA específicamente TPA, dado que el atracón es consecuencia de la utilización de dietas restrictivas.

En cuanto a la motivación para adelgazar que presentaron los grupos con sobrepeso y obesidad, ésta pudo deberse a una inconformidad con su cuerpo (a presentar una imagen corporal negativa), de acuerdo con Stunkard et al. (2003) y Devlin et al. (2003) el tener un cuerpo con sobrepeso para algunas personas puede ser aversivo, presentando una evaluación negativa de ellos mismos y como resultado una baja autoestima, por lo que es probable que la persona comience a realizar alguna dieta restrictiva o ejercicio físico para corregir según ella, esa imagen carente de belleza y estética, siendo entonces altamente probable que aparezca el atracón, Cargill et al. (1999) mencionan que las personas obesas que

se a tracan, tienen una imagen corporal negativa, asimismo suelen estar más deprimidos a diferencia de las personas con un peso normal sin TPA, que al parecer llevan una dieta adecuada y si presentaran depresión estaría no estaría ligada a la conducta alimentaria de atracarse.

Mientras que en lo concerniente a ansiedad y depresión, fueron los grupos con sobrepeso y el de obesidad quienes se caracterizaron por experimentar angustia subjetiva y depresión, sin embargo, ambas sintomatologías fueron leves. Aunque sería importante aclarar en futuras investigaciones estos dos aspectos, dado que en la literatura se reporta (Giusti et al., 2004; Foster, Wadden & Vogt, 1997) niveles elevados de ansiedad y de depresión como factores de riesgo para desarrollar un TPA.

Por otro lado, las mujeres con sobrepeso u obesidad que presentaban o no atracón. Se encontró que las mujeres con sobrepeso que presentaban atracón se caracterizaron por tener mayor preocupación por la comida, restricción, desinhibición alimentaria, hambre y conductas compensatorias, estos factores son considerados de riesgo dentro de la literatura para desarrollar un TPA, al respecto Marcus (1999) señala que la restricción es un factor precipitante de l atracón alimentario en muestras de obesos. En tanto que Polivy et al. (1984 cit. en Vázquez, 1994) señalan que las dietas restrictivas resultan ser peligrosas si son realizadas en periodos donde la persona se encuentra en situaciones estresantes, dado que hace propicio el abandono de estas prácticas alimentarias (que de por sí son difíciles de mantener), para dar inicio a la aparición de atracones y que aunado a un peso elevado son elementos importantes para el desarrollo de un TPA.

Cabe destacar que pese a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las medidas antropométricas en la comparación del grupo con y sin atracón, se puede resaltar que las mujeres con atracón presentaron mayor sobrepeso, ya que se encontraban cerca de los límites

de presentar obesidad a diferencia del grupo sin atracón que presentaron un IMC que indicaba un ligero sobrepeso. De acuerdo con la literatura un elevado peso corporal es considerado como otro factor de riesgo para desarrollar un TPA (Cargill et al., 1999; Eldredge et al., 1996; Wilfley et al., 1999; Spitzer et al., 1993).

Respecto a los afectos negativos se encontró que las mujeres obesas o con sobrepeso que presentaban atracones reportaron una mayor ansiedad — específicamente ansiedad autonómica y pánico—, y una depresión moderada. Estos hallazgos corroboran en parte con lo encontrado por Schwalberg, Barlow, Alger y Howard (1992) quienes reportaron en una muestra de pacientes obesos con atracón, la presencia de altos niveles de sintomatología ansiosa, particularmente pánico. Por lo tanto se espera que en futuros trabajos sobre todo a nivel nacional puedan aportar a la clarificación de estos dos síntomas, dado que en este trabajo se observó la presencia de niveles elevados de ansiedad más que de depresión y la literatura internacional (Picot & Lilienfeld, 2002) reporta que las personas obesas con atracón presentan niveles elevados tanto de ansiedad como de depresión.

Un aspecto importante a considerar es que en este estudio, se encontró que las personas con atracón utilizaban conductas compensatorias y este resultado puede deberse a que dentro de esta población, se encontraron casos de bulimia, TANES y TPA, resaltando que la literatura de este último trastorno, habla sobre una mínima frecuencia de dichas conductas y sería importante seguir investigando si este uso de conductas compensatorias es una característica importante dentro del diagnóstico de un TPA.

Por otro lado, la mayoría de las personas que fueron diagnosticadas con TPA reportaron una historia de obesidad durante la infancia, realizaban dietas restrictivas, los afectos negativos y la ridiculización a la imagen corporal estaban presentes al igual que la ansiedad por anhelar un cuerpo delgado, todos estos

factores fueron los que caracterizaron al TPA en esta muestra, coincidiendo con Giusti et al. (2004), Sánchez et al. (2002), Jackson et al. (1999), Fairburn et al. (1995), Arnow et al. (1995 en cit. en Macmanus et al., 2002) y Yanovski (1993) quienes sugieren que la historia de obesidad y los afectos negativos, específicamente las burlas hacia la figura y el peso corporal y la ansiedad son identificados como componentes importantes para el desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

Respecto a la conducta alimentaria de las mujeres con TPA, se encontró que la mayoría de la muestra evitaban alimentos con alto contenido de grasas y carbohidratos, se autoprescribían dietas y llevaban a cabo las recetas de dietas que veían en la televisión, con la convicción de que así perderán peso. Aunque con estos tipos de prácticas alimentarias las mujeres con TPA de este estudio hayan manifestado que al concluir las dietas recuperaban el peso que ya habían perdido.

Este tipo de alimentación que se observó en las personas con TPA es considerado por Gómez et al. (1998 cit, en Gómez et al., 2002) como una modalidad de dieta restrictiva, ya que tanto la disminución de ciertos alimentos (tortillas, pan, arroz, etc.) o la eliminación de una o dos comidas principales del día han llegado a ser actualmente las prácticas alimentarias más habituales, puesto que las personas tienen la convicción de que así perderán peso. Una explicación a la relación dieta restrictiva y fluctuaciones de peso, es que tal vez se deba a la alteración de la regulación de la alimentación (Polivy y Herman, 1984 cit. en Vázquez, 1997), ya que debido a las presiones socioculturales por un modelo de delgadez, las personas deciden no comer, resultando aversivo para el organismo y si durante este periodo de restricción alimentaria aparecen afectos negativos como el estrés, facilitará el rompimiento de esta dieta para iniciar un atracón, teniendo como consecuencia la recuperación de peso.

En cuanto a los afectos negativos, específicamente a la angustia y a la depresión, las mujeres con TPA presentaron niveles de sintomatología de depresión dentro de la norma para población mexicana, asimismo se observó que la mayoría de ellas reportaron niveles de ansiedad severos. Esto puede indicar que la angustia más que la depresión, puede ser un factor relevante en la caracterización psicológica del TPA, este rubro coincide con Agras et al. (1998, cit. en Macmanus et al., 2002) en cuanto a que la angustia funciona como potente precipitador para un episodio de atracón. Aunque este sentimiento puede deberse, según Devlin et al. (2003) y Stunkard et al. (2003), a una insatisfacción corporal, debido a que estas personas siempre están pensando que tienen una figura obesa, se angustian y entonces tienden a atracarse, esta conducta en efecto mitiga el malestar que padecen por no poder ser un cuerpo de ligado, aunque posteriormente la angustia y la depresión se hacen presentes, formando así un círculo difícil de romper.

Lo anterior concuerda con lo sugerido por Devlin et al. (2003), Marcus (1999) y Wilfley et al. (1999) los cuales señalan que la ansiedad por la imagen corporal es un factor que precipita a un episodio de atracón. Así mismo, la cólera, el aburrimiento, el estrés y las ridiculizaciones destacaron también en esta muestra, como factores importantes que anteceden a un episodio de atracón, confirmando con lo reportado por Hsu (1990, cit. en Stickney et al., 1999), Abraham y Beumont (1992, cit. en Stickney et al., 1999), Fairburn et al. (1998) y Decalawe et al. (2002) ya que han señalado que estos afectos anteceden a dicho episodio.

Por lo tanto, sería un punto medular en el tratamiento de estos pacientes el manejo de las emociones particularmente de la ansiedad, dado que hemos observado que en estas personas se presenta en niveles severos y pareciera ser que estos sentimientos ansiógenos recaen en un episodio de atracón alimentario.

Por otro lado, respecto a la motivación para adelgazar (a lo largo de la realización de las entrevistas) pudimos dar cuenta que se hace presente en este trastorno, dado que las personas realizan de terminadas conductas tanto alimentarias (dietas) como de actividad física que las hace motivar a tener un cuerpo delgado, además externan que si tuvieran más recursos económicos comprarían todos los productos para adelgazar o el pretender tener una figura delgada como consecuencia de los comentarios negativos hechos por sus familiares, otro aspecto importante fue la imagen corporal, ya que todas las personas se sentían insatisfechas con su cuerpo, a pesar de que no presentaron obesidades mórbidas, ellas se ven gordas: “Me siento gorda, y siempre me fijo en las chicas, para ver si son gordas o delgadas y me caen gordas las chicas delgadas” por ello resulta importante prestar mayor atención a la insatisfacción corporal y a la motivación para adelgazar que presentan estas personas con TPA, ya que no es un factor que se considere como un criterio diagnóstico pero aparece como una constante dentro de esta problemática.

Respecto a las medidas antropométricas que mostraron las personas con TPA se detectó que presentaban un IMC mayor a 25, así como ICC de 83 que indicaba que la concentración del tejido adiposo tendía a acumularse en la parte superior del cuerpo, coincidiendo con lo reportado por Angela et al. (2002) y Giusti et al. (2004), quienes explican que el TPA se presenta primordialmente en personas con sobrepeso. Otros estudios como los de Giusti et al. (2004), Thompson et al. (1991, cit. en Jackson et al., 1999), Rasmond et al. (1998) y Angela et al. (2002) reportan que al evaluar la historia del peso en pacientes diagnosticados con TPA, se ha encontrado que tanto un IMC elevado (25 a 30), así como una distribución adiposa en la parte abdominal del cuerpo, son características físicas de las personas con este trastorno alimentario.

Es importante sugerir para futuros estudios del TPA, que el IMC pudiera ser uno de los principales ejes de investigación, con el propósito de incluirlo como un criterio diagnóstico de dicho trastorno, ya que a lo largo de este trabajo hemos

podido dar cuenta que el IMC en un rango de 25 a 30 aparece como un factor característico de las mujeres de esta población con este trastorno.

Por lo tanto, las aportaciones que ofrece esta investigación es: Dar cuenta que el TPA no sólo es un problema de salud existente en otros países, como en el caso de Noruega, cuya tasa de prevalencia es del 3.2% y Francia del 9% al 15% (García-Camba, 2001), sino también en México.

Este estudio coincide con lo reportado a nivel internacional sobre la caracterización del TPA, sin embargo se debe considerar que el estudio de los TCA en México es relativamente nuevo y aún más en cuanto a los TANES, por lo que este estudio hace una contribución importante dentro del campo de los trastornos alimentarios, por ser una de las primeras investigaciones sobre las características del TPA en México.

De acuerdo a los resultados obtenidos de este proyecto, se propone ampliar la muestra de personas, considerar el género y edad, así como también investigar la comorbilidad psiquiátrica asociada con el TPA, ya que Yanovski (1993) y Marcus et al. (1998) destacan en sus investigaciones una asociación importante entre el eje II (particularmente los trastornos de la personalidad límite y obsesiva compulsiva) con la presencia del TPA.

Todo esto con el objetivo de ir aclarando si la motivación para adelgazar, la imagen corporal y el IMC elevado son factores realmente importantes para contribuir en el diagnóstico de un TPA e ir perfilando las características de este trastorno en población mexicana.

En lo referente a la Intervención psicológica para el TPA, las funciones de un psicólogo serían:

Enseñarle habilidades de afrontamiento o autoeficacia para el manejo de la angustia o el estrés y trabajar con el paciente en cuanto a la modificación de la

imagen corporal negativa. Pero también se hace importante la intervención de un nutriólogo, ya que a lo largo de este trabajo nos hemos percatado que las personas con TPA no tienen una dieta balanceada.

Por lo tanto, podemos entender que para el control del TPA, la labor del psicólogo es fundamental, pero también se necesita de la colaboración de otros especialistas de la salud, como el médico o el nutriólogo, que realizando un trabajo en conjunto pudiéramos proporcionar atención médica y psicológica eficaz a las personas con este padecimiento.

Nombre de archivo: A8  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: ANTECEDENTES  
Asunto:  
Autor: BASE  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 26/11/05 11:11 A.M.  
Cambio número: 4  
Guardado el: 26/11/05 11:28 A.M.  
Guardado por: BASE  
Tiempo de edición: 4 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:13 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 31  
Número de palabras: 6,666 (aprox.)  
Número de caracteres: 38,000 (aprox.)

## CONCLUSIONES

- ♣ Los resultados obtenidos del presente estudio indicaron que un alto IMC y un elevado porcentaje de grasa se asocian a s intomatología b ulímica, específicamente a tracón y sentimientos negativos, particularmente a nsiedad, aunque está relación fue débil, no deja de ser importante, dado que indica que de la población de personas obesas no todas presentan trastorno alimentario.
- ♣ Las mujeres con sobrepeso y obesidad mostraron un a lto predominio de grasa en la parte superior del cuerpo, lo que indica que presentaban obesidad abdominal, considerada como un factor predisponente para de sarrollar enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y colesterol.
- ♣ Respecto a la conducta alimentaria, estas personas mostraron más patología a limentaria —atracones, sentimientos de culpa y empleo de dietas restrictivas—, motivación para adelgazar y sentimientos negativos, específicamente ansiedad subjetiva, por lo tanto, una posible explicación a estas conductas, es que presentaban sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), ya que la literatura internacional señala a estos factores como unos de los más importantes para generar sintomatología de TCA.
- ♣ El grupo con a tracón se caracterizó por presentar: preocupación por la comida, restricción y desinhibición alimentaria, sentimientos de culpa, conductas compensatorias, ansiedad e indicadores antropométricos elevados, aunque cabe aclarar que dentro de este grupo se encontraron personas con sintomatología de BN, TANES y TPA que compartían una característica muy particular que era el atracón.

♣ Respecto a las personas con TPA pudimos dar cuenta de que tanto características psicológicas como físicas coinciden con las investigaciones, ya que un IMC elevado, los sentimientos negativos, la utilización de dietas y la motivación para adelgazar son características que componen al trastorno por atracón alimentario, no sólo en países europeos, sino también en población mexicana.

♣ Este estudio es pionero en México sobre esta temática y de acuerdo con lo encontrado en este trabajo, se pueden retomar elementos a considerar para futuras investigaciones, tales como: la imagen corporal y la motivación para adelgazar que figuran como ejes importantes para desarrollar o mantener al trastorno por atracón alimentario.

♣ De ahí la importancia y la necesidad de seguir realizando investigaciones sobre el TPA para desarrollar en un tiempo no muy lejano, técnicas eficaces de tratamiento.

Nombre de archivo: A9  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Asunto:  
Autor: Xochitl López Aguilar  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 19/11/05 05:39 P.M.  
Cambio número: 3  
Guardado el: 19/11/05 05:46 P.M.  
Guardado por: MEL  
Tiempo de edición: 2 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:14 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 2  
Número de palabras: 359 (aprox.)  
Número de caracteres: 2,050 (aprox.)

## REFERENCIAS

- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders*, 9, 243-248.
- American Psychiatry Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatry Association. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Angela, K., Picot, A., Lisa, R. & Lilienfeld, R. (2002). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *Behavior Therapy*, 20, 98-107.
- Baucom, D. & Aiken, P. (1981). Effect of depressed mood on eating among obese and nonobese dieting and non dieting persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 577-585.
- Berko, D., Witz, E., Stunkard, S. & Stallings, M. (1993). Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 335-347.
- Calva, M. (1997). Obesidad. Recuperado en <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml#top>.
- Cargill, B., Clark, M., Pera, V., Niaura, R. & Abrams, D. (1999). Binge eating, body image, depression and self-efficacy in a obese with binge eating. *Obesity Research*, 4, 379-386.
- Carter, J. & Fairburn, C. (1998). Cognitive behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 616-623.

- Cilli, M., De Rosa, R., Pandolfi., C., Vacca, K., Cugini, P., Ceni, Z. & Bella, S. (2003). Q uantification of sub-clinical anxiety and de pression in essentially obese patients and normal weight healthy subjects. *Eating Weight Disorders*, 8, 319-323.
- Cormillot, A. & Zukerfeld, R. (1996). Desordenes de la alimentación en obesos de Buenos Aires. Recuperado en: <http://www.users.interport.net/~icps/Medico/MEDICO97/JUNE/desordenes.html>.
- Decalawe, A., Bret, J. & Fairburn, C. (2002). A descriptive a nalysis of factor contributing to binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 34-45.
- Devlin, M., G oldfein, J. & Dobrow, I. (2003). What is this thing called bed? Current status of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 33-40.
- Dingemans, A., Bruna, M. & Furth, E. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
- Drewnowski, A. (1995). Weight cycling psychological health and b ed in o bese women. *Obesity Research*, 22, 88-99.
- Eldredge, K. & Agras, W. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 73-82.
- Fairburn, C., Welch, S., Doll, A. Welch, H., Phillipa, J., Davies, B. & O'Connor, M. (1998). Risk factor for binge ea ting d isorders, a community based, case control study. *Archive General of Psychiatry*, 5(55), 425-432.
- Ferrán, M. (1996). *SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico*. México: McGraw-Hill.
- Fitzgibbon, L. & Blackman, R. (1999). Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 52-61.
- Foreyt, J., Brunner, R., Goodrick, G., Culter, G., Brownell, K. & Jeor, S. (1995). Psychological correlates of weight fluctuations. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 456-460.

- Foster, G., Sarwer, A. & Wadden, T. (1997). Psychological effects of weight cycling in obese persons: A review and research agenda. *Obesity Research*, 5 (5), 474-483.
- Foster, G., Wadden, T. & Vogt, R. (1997). Body image before, during and after weight loss treatment. *Obesity Research*, 16, 226-229.
- Frisancho, R. (1990). *Anthropometrics, standards for the assessment of growth and nutritional status*. U.S.A. University Michigan: Press.
- Frost, R., Goolakasian, G., Ely, J. & Blanchard, F. (1981). Depression, restraint and eating behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 113-121.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garner, D. & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279
- Giusti, V., Hérañef, R., Gallard., R. & Burckhardt, P. (2004). Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 44-49.
- Goldenberg, A. (2005, 14 de noviembre). Obesidad. Net. Por una mejor calidad de vida. Mensaje dirigido a <http://www.net/spanish2002/default.htm>
- Gómez, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. & León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132.
- Goodrick, K., Pendleton, M., Kimball, A., Poston, E., Reeves, D. & Forey, J. (1998). Binge eating severity, self concept, dieting self-efficacy and social support. *International Journal of Eating Disorder*, 26, 295-300.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviours*, 7, 47-55.
- Greeno, C., Rena, J., Wing, R. & Marsha, M. (1995). Diagnosis of binge eating disorders: Discrepancies between a questionnaire and a clinical interview. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 153-160.
- Guisado, J. & Vaz, F. (2003). Psychopathological differences between morbidly obese binge eaters and non-binge eaters after bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders*, 8, 315-318.

- Hay, G. & Fairburn, C. (1998). Weight cycling psychological health, and bed in obese women. *Behavioral and Preventive Medicine, 21*, 112-121.
- Heatherton, A. & Baumeister, D. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*, 86-108.
- Heike, U. & Birgit, L. (2000). Parental influences on eating behaviour in obese and nonobese preadolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 10*, 99-112.
- Henderson, N. & Huon, G. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology, 7*, 77-87.
- Herman, P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality, 43*, 647-660.
- Herman, P. & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 666-672.
- Jackson, T., Grilo, C. & Masheb, R. (1999). Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction and psychological functioning in binge eating disorder. *Behavioral and Preventive Medicine, 19*, 451-458.
- Jackson, T. & Ormiston, A. (1971). Diet and weight control clinics. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 532-526.
- Keefe, P. (1984). Binge eating and outcome of behavioral treatment of obesity: A preliminary report. *Behavior Research and Therapy, 22*, 319-321.
- Kolotkin, R. & Revis, E. (1987). Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(6), 872-876.
- Kustlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J., & Murphy-Eberenz, K. (1998). The interview for diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment, 1*, 41-48.
- López, X., Mancilla, J., Vázquez, R., Franco, K. & Alvarez G. (2005). Preliminary data of the psychometric analysis of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in a sample of Mexican women. Trabajo presentado en la 20 05 *International Conference on Eating Disorders*. Québec, Canada.

- Loro, A. & Orleans, C. (1981). Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addictive Behaviours*, 6, 55-166.
- Macmanus, F. & Waller, G. (2002). Functional assessment of binge eating in a clinical sample of obese binge eaters. *Obesity Research*, 14, 18-25.
- Marcus, M. (1999). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 69-77.
- Mardomingo, M. (2000). *La obesidad como enfermedad social. Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. México: McGraw-Hill.
- Marsha, M., Rena, D. & Joyce, H. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognition and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (56), 433-439.
- Méndez, S. (1995). *Traducción y estandarización del Inventario de Depresión Beck para población mexicana*. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Miller, P., Watkins, J., Sargent, R. & Rickert, E. (1999). Self efficacy in overweight individuals with binge eating disorders. *Obesity Research*, 6 (7), 552-555.
- Moller, R. (2000). Treating binge eating disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 6 (11), 265-272.
- Picot, A. & Lilenfeld, L. (2002). The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98-107.
- Ramacciotti, C., Passaglia, C. & Lacorte, M. (2000). Binge eating disorder: Prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94, 131-138.
- Rasmond, R., Lapidus, L. & Björntorp, V. (1995). Mental stress, obesity and corporal fat distribution in middle aged men. *Obesity Research*, 4, 245-252.
- Redlin, J., Miltenberger, R., Crosby, R., Wolf, G., & Stickney, M. (2002). Functional assessment of binge eating in a clinical sample of obese binge eaters. *Eating Weight and Disorders*, 7, 106-115.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & P áez, F. (2001). Versión mexicana de l inventario de ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 211-218.
- Rohner-jeanrenaud, F., Cusin, I . & Jeanrenaud, B. (1995). La obesidad: ¿Problema neurohormonal?. *Mundo científico*, 172.
- Ruderman, A. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 99, 247-262.
- Sánchez, L. & Fernández, M. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. Form *Continuum Nutritional Obesity*, 6 (5), 314-324.
- Sánchez, D., Raich, R., Figueras, M., Torras, J. & Mora. M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three factor eating questionnaire, TFEQ). *Psicología conductual*, 7 (3), 393-416.
- Santoanastaso, P., Ferrara, S. & Favara, A. (1999). Differences between binge eating disorders and non purging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 215-218.
- Schachter, S. (1982). Prevalence of bulimic behaviors among a sample of the general population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 634-645.
- Schotte, D., Cools, J. & McNally, R. (1990). Induced anxiety triggers overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 317-320.
- Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S. & Howard, L. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with pa nic disorders on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología, un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Smith, D., Marcus, M. & Eldredge, K. (1994). Binge eating syndromes: A review assessment and treatment with and e mphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, 25, 635-658.
- Smith, M. y Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 863-872.

- Spitzer, R., Stunkard, A., Yanovsky, S. & Marcus, W. (1993). Binge eating disorder: A multisided field trial of diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorder*, 11, 191-204.
- Stice, E., Agras, W., Telch, C., Halmi, K., Mitchell, J. & Wilson, T. (2001). Subtyping binge eating disorders women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 11-27.
- Stickney, M., Raymond, G., Miltenberger, B. & Wolf, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behaviour Therapy*, 30, 177-189.
- Striegel-Moore, R. (1995). Psychological factors in the etiology of binge eating. *Addictive Behaviors*, 20, 713-723.
- Stunkard, A. & Costello, K. (2003). Two forms of disordered eating in obesity: Binge eating and night eating. *Journal of Obesity*, 27, 1-12.
- Vargas, L. & Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 34-46.
- Varnado, P., Williamson, D., Bentz, M., Ryan, F., Rhodes, L. & O'Neill, A. (1997). Prevalence of binge eaters disorders in obese adults seeking weight loss treatment. *Eating and Weight Disorders*, 2, 117-124.
- Vázquez, R. (1997). *Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa*. Tesis Doctoral. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Wardle, J. & Beales, S. (1988). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 35-40.
- Wilfley, D., Schwartz, M., Spurrell, E. & Fairburn, C (1999). Using the eating disorders to identify the specific psychopathology of binge eating disorders. *Conference octave international of eating disorders*. New York, abril, 1998.
- Wilson, T., Nonas, C. & Rosenbun, G. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-34.
- Yanovski, S. (1993). Binge eating disorders: Current knowledge and future directions. *Obesity Research*, 4, 305-314.

Zaider, T., Johnson, J. & Cockell, S. (2002). Psychiatric disorders associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 5 (31), 319-329.

Nombre de archivo: A10  
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\LILIAN MARTINEZ  
CABRERA\Doc  
Plantilla: C:\WINDOWS\Application  
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot  
Título: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Asunto:  
Autor: Xochitl López Aguilar  
Palabras clave:  
Comentarios:  
Fecha de creación: 19/11/05 05:41 P.M.  
Cambio número: 3  
Guardado el: 19/11/05 05:43 P.M.  
Guardado por: MEL  
Tiempo de edición: 4 minutos  
Impreso el: 29/11/05 02:15 P.M.  
Última impresión completa  
Número de páginas: 8  
Número de palabras: 2,005 (aprox.)  
Número de caracteres: 11,433 (aprox.)