



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**TRASTORNO POR ATRACÓN Y BULIMIA NERVIOSA: UN ANÁLISIS
DISCRIMINANTE**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ**

**DIRECTORA: DRA. KARINA FRANCO PAREDES
ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
LIC. XOCHITL LÓPEZ AGUILAR**



LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, JUNIO DE 2007.



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.

Agradecimientos

Este estudio se llevó a cabo en el Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta tesis fue parcialmente financiada por CONACYT Proyecto No. **U40208H** y PAPIIT Proyecto No. **IN304606**.

Expreso mi total agradecimiento a la Dra. Karina Franco Paredes, al Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz y a la Lic. Xochitl López Aguilar quienes formaron la Comisión Dictaminadora de este estudio, por el tiempo brindado en la asesoría, supervisión y terminación de esta tesis y por la confianza y apoyo.

A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 1 Zona Norte del Distrito Federal especialmente a la Dra. Yolanda Soto González, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 23, por fungir como asesora dentro de la institución y por las facilidades para la realización del presente trabajo que fue registrado (R-2005-3508003) en la unidad a la que representa, a la Dra. Guadalupe Maldonado Ramírez, integrante del Comité de Evaluación de Enseñanza e Investigación por sus comentarios que enriquecieron este trabajo. A la Dra. Patricia Ocampo Barrios, Jefe de Enseñanza de la UMF 94, a las integrantes de los departamentos de Trabajo Social de las UMF 23 y 94 y a María del Carmen Reyes Rosas dietista de la clínica 94 por su colaboración y el apoyo brindado.

A las derechohabientes que de manera voluntaria aceptaron participar en este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Karina Franco Paredes:

Mi infinito agradecimiento por su apoyo, confianza, paciencia y afecto. Gracias maestra por compartirme sus conocimientos, dejarme equivocarme para corregir los errores, reciba mi más grande admiración y cariño. Por todo el “tiempo brindado” no sólo en la realización de esta tesis sino también por escucharme.

*A los integrantes del PIN, por su apoyo y por permitirme aprender de ustedes. Gracias, **Dra. Karina, Dr. Juan Manuel, Lic. Xochitl, Dra. Gina, Dra. Rosalía, Mtra. Vero, A. F. Triny, Dr. Erick ... y Alicia**, porque me hicieron sentir parte del proyecto.*

*A los compañeros tesisistas que colaboraron con este trabajo, especialmente a **Priscila y Paty**.*

***Toño**, gracias por tu amor, apoyo incondicional, por caminar juntos estas tres últimas décadas y por ser mi cómplice en esto que se convirtió en mi pasión y que sin ti no hubiera sido posible.*

***Josué y Hansel**, porque son lo más valioso que poseo, porque el tiempo pasó y ahora son “grandes”. Gracias por su amor, apoyo y comprensión, por robarles momentos y recibir a cambio su admiración. Por ser cada día menos perfectos y más felices.*

*A mis padres, **Juan y María** por enseñarme a luchar y mostrarme que nos construimos día a día, les debo lo que ahora soy.*

***Lupe, Martín, Carlos, Tere, Chuy y Manuel** por los momentos que hemos compartido y porque formamos una bonita familia.*

***Iraís, Montserrat, Brenda y Marcia** porque me hacen sentir muy especial.*

*A **Laura, Liz, Miriam, Christian, Jazmín y Josefina** por enseñarme qué es amistad. ¡¡Goooya, Cachun...!!*

***A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México**, por brindarme una infinidad de oportunidades, por hacerme sentir la piel dorada y de sangre azul.*

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
1. Atracón como psicopatología.....	5
1.1. Bulimia Nerviosa.....	6
1.2. Trastorno por Atracón.....	6
2. Obesidad.....	11
2.1. Definición.....	11
2.2. Epidemiología de la obesidad.....	13
3. Investigaciones sobre Trastorno por Atracón y Bulimia Nerviosa.....	15
3.1. Trastorno por Atracón: ¿subtipo de la BN?.....	15
3.2. Conductas compensatorias.....	17
3.3. El papel de la dieta restrictiva.....	19
3.4. Insatisfacción corporal.....	21
3.5. Factores de riesgo para desarrollar TPA.....	24
4. Evaluación del TPA.....	25
OBJETIVOS.....	28
MÉTODO.....	30
RESULTADOS.....	40
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	69
REFERENCIAS.....	71

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar si las variables edad, indicadores antropométricos, insatisfacción corporal, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, restricción alimentaria, conductas compensatorias e influencia del modelo estético corporal caracterizan a personas con Trastorno por Atracón (TPA) y si estas variables permiten discriminar entre las personas con TPA y Bulimia Nerviosa (BN). Se trabajó con dos muestras de mujeres, la primera estuvo conformada por 35 personas diagnosticadas con TPA y 35 personas diagnosticadas sin TPA. La segunda muestra estuvo conformada por 27 personas diagnosticadas con BN y 27 personas diagnosticadas sin BN. Las participantes contestaron los instrumentos siguientes: Cuestionario de Patrones de Peso y Alimentación-Revisado (QEWPR), Cuestionario de los Tres Factores de la Alimentación (TFEQ), Cuestionario de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), se realizó la Entrevista para el Diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (IDED) y a todas las participantes se les tomaron medidas antropométricas. Los resultados mostraron que los indicadores antropométricos de las personas con TPA fueron significativamente mayores en comparación con las personas con BN. La sintomatología de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), como el atracón, los sentimientos negativos posteriores al atracón, las conductas compensatorias y la insatisfacción corporal fueron significativamente menores en las personas con TPA que en personas con BN. Se presentaron correlaciones de menor magnitud entre síntomas de TCA, componentes asociadas al atracón y la influencia del modelo estético corporal en personas con TPA comparadas con las personas con BN. Destacando la mayor correlación entre los sentimientos negativos y la insatisfacción corporal en las mujeres con BN, mientras que en las mujeres con TPA la mayor correlación se encontró entre el atracón y la

insatisfacción corporal. El Índice de Masa Corporal (IMC) y las conductas compensatorias mostraron discriminar adecuadamente entre las personas con TPA y BN. Los resultados de este estudio apoyan la tesis de que el TPA y la BN son trastornos distintos.

Palabras clave: Trastorno por atracón, bulimia nerviosa, IMC, conductas compensatorias.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas clínicos e investigadores especialistas en los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se han preocupado por un gran número de casos, generalmente personas obesas, que no cumplen con los criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa (BN). Dichos casos corresponden a personas quienes presentan episodios en los que ingieren una gran cantidad de alimentos pero sin realizar conductas compensatorias –al menos no de manera regular como en el caso de la BN–, conductas que tienen como finalidad perder o no ganar peso debido a la gran cantidad de alimento ingerido. En la última década han proliferado las investigaciones dirigidas a personas con estas características y los expertos en el tema en coordinación con las autoridades de la *American Psychiatric Association* (APA) denominaron este cuadro de signos y síntomas como *Binge Eating Disorder* (BED) y que en español se ha traducido como Trastorno por Atracón (TPA). Este trastorno fue incluido en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV; APA, 1994), dentro de la categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE), además aparece en el apéndice ‘B’ de criterios y ejes propuestos para mayor investigación.

El TPA ha generado tal interés que en el año 2003, una de las principales revistas especializadas en el abordaje de los TCA, *“International Journal of Eating Disorders”*, dedicó un número monográfico sobre el TPA con el propósito de evaluar el conocimiento acerca de este trastorno y determinar si se dispone de datos suficientes para justificar su aceptación como una categoría diagnóstica formal en el DSM. En este trabajo participaron clínicos e investigadores con experiencia reconocida en el área, quienes proporcionaron puntos de vista sobre los datos existentes acerca del TPA y cuestionaron la pertinencia de incluirlo como una categoría diagnóstica independiente o como un subtipo de la BN, debido a la presencia de insatisfacción corporal y conductas

compensatorias en personas con TPA, aún cuando estas variables no están consideradas en los criterios diagnósticos del DSM. Asimismo los escasos estudios de dos etapas para evaluar la prevalencia del TPA, llevó a los clínicos e investigadores a concluir que no hay un consenso en cuanto a las características propias de este trastorno y las diferencias con la BN. Por lo que evidenciaron la necesidad de realizar estudios que proporcionen información que contribuya a aclarar esta controvertida situación entre el TPA y la BN. Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue evaluar si las variables edad, indicadores antropométricos, insatisfacción corporal, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, restricción alimentaria, conductas compensatorias e influencia del modelo estético corporal caracterizaban a personas con TPA y si estas variables permitían discriminar entre las personas con TPA y personas con BN.

ANTECEDENTES

1. Atracón como psicopatología

Existe un consenso para admitir que fue el Doctor Albert Stunkard en 1959, catedrático e investigador de la Universidad de Pennsylvania, quien describió por primera vez una muestra de pacientes obesos que presentaban problemas significativos caracterizados por la presencia de ingestión de grandes cantidades de alimentos (Cooper & Fairburn, 2003; Geliebter, 2002; Grilo & Masheb, 2004; Guisado & Vaz, 2001; Sánchez & Fernández, 2002; Schmidt, 2000; Spitzer et al., 1992, Spitzer et al., 1993). Dicha conducta alimentaria fue lo que más tarde se conceptualizó con el término técnico en inglés “*Binge Eating*” o en español “Atracón”.

El término <atracón> en español puede resultar confuso y hasta cierto punto puede sonar grotesco. El diccionario de la Real Academia Española de la Lengua lo define como acción y efecto de atracar de comida; a su vez, la definición de <atracar> es acción de comer y beber con exceso (García et al., 1992). Esta definición omite un aspecto central del concepto psiquiátrico de atracón en el cual, además de tomar en cuenta la cantidad de comida ingerida, se considera la sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (i. e., sensación de no poder parar de comer o controlar qué, cuánto y cómo se está comiendo) aspecto que lo distingue de un atracón común (Fairburn, 1998).

En 1980 el concepto psiquiátrico de atracón fue considerado para la formulación de los criterios diagnósticos del TCA conocido como Bulimia Nerviosa (BN), actualmente vigentes en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, Texto Revisado (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association* [APA], 2000).

1.1 Bulimia Nerviosa

La BN se caracteriza por un patrón de alimentación anormal que incluye recurrentes episodios de atracón seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, empleo de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo; conductas llevadas a cabo como estrategias para eliminar las calorías ingeridas. Inicialmente los atracones son consecuencia de la dieta restrictiva a la que se someten las personas, sin embargo, después se generalizan como un recurso para intentar aliviar el malestar emocional causado por situaciones de estrés, temor, coraje, angustia o cualquier otro sentimiento y situación que la persona no sea capaz de tolerar (Feinholz, 1997; Turón, 1997). Las personas con BN se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, aunque algunas presentan ligeras desviaciones por encima de la normalidad. Este trastorno tiene mayor incidencia en mujeres de 19 a 25 años y de cualquier nivel sociocultural (Pelaez, Labrador & Raich, 2006; Turón, 1997; Wijbrand & Van Hoeken, 2003). La prevalencia de la BN entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 2-3 % y entre los varones la prevalencia es diez veces menor (Fairburn & Harrison, 2003; Mancilla et al., 2007; Polivy & Herman, 2002). En el Tabla 1 se presentan los criterios diagnósticos y los subtipos para la BN (purgativa y no purgativa) de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000).

1.2 Trastorno por Atracón

Tomando en cuenta la categoría diagnóstica de BN surgió la inquietud sobre qué pasaba con todas aquellas personas que presentaban atracones tal como lo había descrito Stunkard en 1959 pero que no realizaban conductas compensatorias. Por tal motivo se llevaron a cabo diversos estudios sistemáticos que sentaron las bases de investigación de lo que se denominó Trastorno por Atracón (TPA).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000).

<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p>(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (e. g., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.</p> <p>(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (e. g., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).</p> <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar tipo:</p> <p>Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p> <p>Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.</p>

Una investigación pionera en el área del TPA fue la realizada por un grupo de investigadores de las Universidades de Columbia, Pittsburg, Pennsylvania y Minnesota, encabezados por Spitzer, quienes se interesaron por la gran cantidad de personas que reportaban recurrentes episodios de atracón sin realizar conductas compensatorias, rasgo central de los criterios diagnósticos de la BN. La muestra estuvo conformada por 1984 participantes (muestra de personas que asistían a programas para reducción de peso $n = 953$; muestra comunitaria $n = 1031$), seleccionados de 8 diferentes centros para reducción y control de peso, estudiantes universitarios del estado de Pennsylvania, empleados del Centro Médico Presbiteriano de la Ciudad de Nueva York y personas reclutadas vía telefónica.

En este estudio se confirmó que un amplio número de personas no cumplían con los criterios diagnósticos de BN y se encontró que el 2% de la muestra comunitaria y el 30% de la muestra de personas que asistían a clínicas para reducción de peso presentaron lo que se denominó TPA. En cuanto al género se reportó que era más común en mujeres (muestra de las clínicas para reducción de peso 31.9%, muestra comunitaria 20.8%) que en hombres (muestra de clínicas para reducción de peso 2.5%, muestra comunitaria 1.1 %). El 62.8% de la muestra de las clínicas para reducción de peso con TPA presentó un IMC promedio de 44.9; en estos casos el TPA se asoció con historia de fluctuaciones de peso. El grupo de trabajo de trastornos alimentarios del DSM-IV después de revisar estos resultados recomendó la consideración de incluir el TPA en el DSM-IV (APA, 1994; Spitzer, et al. 1992).

En el DSM-IV el TPA fue incluido en la categoría de los TANE, en el apéndice "B" de ejes propuestos para mayor investigación. Para la versión del DSM publicada en el año 2000 se consideró no modificar los criterios propuestos en el año 1994, por lo que los criterios diagnósticos para TPA en el DSM-IV y DSM-IV-TR son iguales. En el Tabla 2 se presentan los criterios diagnósticos de investigación para el TPA que actualmente se encuentran vigentes en el DSM-IV-TR (2000). Como podemos observar, los criterios diagnósticos para el TPA incluyen como rasgo central de esta psicopatología la ingestión de grandes cantidades de alimento con una frecuencia de dos días a la semana y sin realizar conductas compensatorias, hecho que justifica el sobrepeso u obesidad de las personas con este trastorno.

El estudio de Spitzer es considerado pionero en la investigación sobre TPA y ha sido ampliamente referido, no obstante, Striegel-Moore y Franko (2003) indicaron que este estudio además de presentar limitaciones metodológicas inherentes al reclutamiento de la muestra (multicéntrico), para establecer el diagnóstico y prevalencia del TPA sólo se utilizaron cuestionarios de autoreporte y ésto proporciona un considerable número de falsos-positivos. Striegel-Moore y Franko sugirieron se realicen estudios de dos etapas (cuestionarios de autoreporte

Tabla 2. Criterios Diagnósticos del Trastorno por Atracón de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2000).

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

- (1) ingesta, en un corto periodo de tiempo (e. g., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente 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 ingesta durante el episodio (e. g., sensación de no poder parar de comer o controlar qué, cuánto y cómo 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.

Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la BN; 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 hay atracones o en la cuantificación de su número.

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

y entrevista diagnóstica) para que los diagnósticos de TCA y específicamente de TPA no sean ambiguos. En los últimos años se han realizado un número importante de estudios de dos etapas en la evaluación de diferentes aspectos del TPA, por ejemplo, evaluación de síndromes completos y parciales de personas con BN y TPA (Crow, Stewart, Halmí, Mitchell & Kraemer 2002), por su parte Manwaring, et al. (2006) evaluaron factores de riesgo en personas con TPA;

además, se evaluó la dieta restrictiva y la insatisfacción corporal en personas con TPA (Masheb & Grilo, 2000, 2003), así como el perfeccionismo en personas con TPA (Pratt, Telch, Labouvie, Wilson & Agras, 2001).

Striegel-Moore y Franko (2003) al respecto refirieron que a diez años de la realización del primer estudio multicéntrico los datos reportados de investigación sobre el TPA no proporcionan información contundente de este fenómeno y señalaron la necesidad imperiosa de continuar con las investigaciones.

En los criterios diagnósticos para la BN y TPA que aparecen en las Tablas 1 y 2 respectivamente, podemos observar similitudes y diferencias. Por ejemplo, el atracón alimentario es rasgo común entre ambos trastornos. Existe diferencia en la frecuencia de los episodios de atracón, para BN es de dos veces a la semana en un periodo de 3 meses; mientras que para el TPA es de dos veces a la semana en un periodo de 6 meses. Otra diferencia substancial entre las personas con BN y TPA es la realización de conductas compensatorias posteriores a los atracones y la sobrevaloración del peso y la silueta, debido a que estas conductas no aparecen como características diagnósticas del TPA. Sin embargo, el principal obstáculo para definir el TPA como una categoría nosológica independiente es que en la clínica y las investigaciones se ha encontrado que algunas personas con TPA si presentan conductas compensatorias y una importante insatisfacción corporal, hecho que sigue generando controversia respecto a la similitud que guarda este fenómeno con la BN.

Por otro lado, la edad en la que aparece este trastorno es difícil interpretar debido a que aún no está bien establecida, aunque, estudios como los de Johnson, Spitzer y Williams (2001) reportaron que el número de personas con TPA se incrementa en grupos de personas con mayor edad y que acuden a clínicas para tratamiento y control de peso. Respecto al género el TPA es más común en mujeres que en hombres (65% mujeres y 35% hombres) esta razón es más elevada que la de BN donde el 10% de personas afectadas son hombres. En relación al IMC la investigación epidemiológica, clínica y terapéutica ha encontrado algunos nexos de unión entre obesidad y el TPA debido a que el IMC de la

mayoría de las personas que presentan esta psicopatología indica obesidad (Kaufer & Ávila, 2003).

2. Obesidad

2.1 Definición

En la última década la obesidad ha alcanzado las proporciones de una epidemia mundial y actualmente es considerada como uno de los principales problemas de salud en algunos países occidentales. Lo que antes era sólo un problema de los países ricos hoy en día aqueja también a las naciones en desarrollo. Los expertos en el tema señalaron que en los países más pobres la obesidad suele coexistir con la desnutrición y, al igual que ésta, debe considerarse como una enfermedad nutricional, no sencillamente como una abundancia descontrolada (Braguinsky, 2002).

En el ámbito médico el término obesidad es utilizado para hacer referencia a una enfermedad de etiología multifactorial, puede desarrollarse a partir de la interacción de factores genéticos, metabólicos, celulares, socio-culturales, conductuales y psicológicos (Barquera et al., 2003). Los especialistas del comité de la Norma Oficial Mexicana (NOM) para el Manejo Integral de la Obesidad definen la obesidad -incluyendo el sobrepeso en estado premórbido- como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud físico y psicológico (Secretaría de Salud. 2000). Otros Investigadores en el tema refieren que la obesidad es un desajuste energético, es decir, energía ingerida menos energía consumida, durante un período suficientemente largo (Barbany & Foz, 2002; Fernández & Loría, 2005; González, 2002; Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS] & 2003; Ramírez et al., 2003). Para el presente trabajo se tomará en cuenta la definición de la NOM.

Para clasificar a las personas de acuerdo a su peso existen diferentes métodos sofisticados que van a la vanguardia como la hidrodensitometría, plestimografía, resonancia magnética, impedancia bioeléctrica, entre otros (Macías, 2002). Sin embargo, el costo de estos métodos es elevado y el uso en el consultorio es poco práctico. Uno de los indicadores más utilizado en estudios epidemiológicos basado en el peso y talla ha sido el Índice de Masa Corporal (IMC). Este índice establece una relación de la proporción del peso respecto a la estatura y permite obtener un diagnóstico rápido del déficit o exceso ponderal. El IMC mide tanto la masa grasa como la masa libre de grasa, por lo que es un índice de peso (o masa) y no de adiposidad como tal. El uso generalizado del IMC se produjo a partir de la recomendaciones del Colegio Británico de Médicos, debido a que fue considerado como un marcador confiable que permite comparar estudios relacionados con el peso corporal (Oria, Lafita, Petrina & Argüelles, 2002).

Tabla 3. Clasificación de peso en adultos de acuerdo con el Índice de Masa Corporal.

Fuente	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
				Grado 1	Grado 2	Grado 3
Organización Mundial de la Salud	<18.4	18.5 - 24.9	>25.0	30.0 - 34.9	35.0 - 39.9	> 40
Norma Oficial Mexicana	–	–	25.0 – 26.9		≥ 27	

Nota. El IMC saludable para mujeres de acuerdo a la Secretaría de Salud es de 19 - 24.

En la Tabla 3 se presenta las clasificaciones de niveles de peso establecidas por la OMS y por la Secretaría de Salud (2000) en base al IMC. Como se puede observar los puntos de corte para la categoría de sobrepeso son a partir de 25, el rango para sobrepeso establecido por la OMS es más amplio comparado con el de la NOM. En cuanto a la obesidad en población mexicana difieren de los establecidos por la OMS. De acuerdo a la OMS se establecen tres

grados (*Grado 1*, 30.0 - 34.9; *Grado 2*, 35.0 - 39.9; *Grado 3*, ≥ 40), de acuerdo a la NOM las personas con un IMC ≥ 27 son consideradas con obesidad.

2.2. Epidemiología de la obesidad

En el mundo, se estima que al menos 300 millones de adultos presentan obesidad. Aproximadamente 24% de los adultos a partir de los 20 años de edad tienen obesidad, con mayor prevalencia en las mujeres (28.1%) que en los hombres (18.6%; Barquera et al., 2003). En los últimos años la proporción de las personas con obesidad en Europa aumentó del 10% al 40%. En el medio oriente, por ejemplo en China, aunque la prevalencia de obesidad es baja, se ha incrementado sobre todo en las mujeres urbanas (Fernández & Loría, 2005). En América latina Braguinsky (2002) reveló, aunque no en muestras representativas, que las cifras de obesidad en Brasil son del 22-26%, Ecuador 10%, Perú 22%, Paraguay 22-35% y Argentina del 24-27%.

En México se han realizado varias investigaciones sobre prevalencia de obesidad, por ejemplo en el año 1995 el Dr. Jorge González Barranco, Jefe de la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Nutrición, considerando la información derivada de 11 encuestas diferentes, indicó que existía una prevalencia de 35.8% de obesidad en población urbana. Debido a que las 11 encuestas consideradas, se realizaron en diferentes épocas y con criterios de obesidad no unificados, dicho trabajo fue cuestionado; sin embargo, la frecuencia de obesidad se percibió como un serio problema de salud pública (Braguinsky, 2002; González, 2002). Un estudio sobre prevalencia de obesidad considerado un trabajo con nivel adecuado de rigurosidad, que aportó información muy útil fue el reportado por Arroyo et al. (2000) debido a que se apoyó en un estándar metodológico internacional e indicadores comparables como el IMC e Índice Cintura-Cadera (ICC). En este estudio se determinó que el 38% de los mexicanos tenía sobrepeso y 21% presentaba obesidad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT; Olaiz et al., 2006), la prevalencia de sobrepeso en hombres mayores de 20 años fue de (42.5%), y en mujeres fue de (37.4%). La prevalencia de obesidad para hombres mayores de 20 años fue (24.2%) y en mujeres (34.5%). De manera general la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los últimos 7 años son trascendentes debido a que casi es el 70% de la población la que presenta obesidad o sobrepeso. De hecho el coordinador de los Institutos Nacionales de Salud en México, Jaime Sepúlveda Amor, refirió que de acuerdo a la prevalencia de obesidad y sobrepeso revelada en la ENSANUT 2006, México se encuentra entre las prevalencias de obesidad más elevadas del mundo (Olaiz et al., 2006).

El aumento de las tasas de obesidad en años recientes ha ocurrido en un tiempo demasiado breve como para poder atribuirlo a algún cambio genético significativo en las poblaciones. Es más probable como lo apuntan los integrantes de la 132ª. Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS y la OMS (2003), quienes refirieron que cambios en los estilos de vida y factores socio-ambientales ocurridos durante el último medio siglo debidos a los fenómenos de urbanización y modernización expliquen la epidemia de la obesidad. Las nuevas tecnologías, las ocupaciones domésticas y laborales más sedentarias, el transporte motorizado, el mayor tiempo frente al televisor, las computadoras y la abundancia de dispositivos que ahorran trabajo favorecen cada vez más la inactividad física. Otro factor asociado con la obesidad y sobrepeso son los hábitos alimentarios actuales, totalmente diferentes que los de nuestros abuelos, donde prevalecía la tortilla, los cereales, leguminosas y frutas aunque en menor grado. Actualmente lo que predomina son alimentos de contenido hipercalórico (ricos en grasas o azúcares) pero bajos en fibra y con menos valor nutritivo (Chiprut et al., 2001). Al respecto Ramírez et al. (2003) afirman que los hábitos alimentarios de los mexicanos son similares a los de los países altamente industrializados.

Recientemente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha establecido el programa "PREVENIMSS" dentro del cual considera a la obesidad como una de las condiciones que más afecta la salud de los mexicanos para lo

que ha organizado –*clubes de la obesidad*– en los que se atiende de manera multidisciplinaria a los derechohabientes.

3. Investigaciones sobre el TPA y la BN

En años recientes un considerable número de publicaciones internacionales y las realizadas en México por Martínez (2005) y López (manuscrito no publicado) sobre diferentes aspectos del TPA han buscado aportar información que contribuya a aclarar la controvertida situación de este trastorno respecto de la BN. A continuación se muestran algunas investigaciones en las que se han evaluado diferentes variables tales como la edad, el IMC, conductas compensatorias (vómito y uso de laxantes), dieta restrictiva, insatisfacción corporal y factores de riesgo en personas con TPA y personas con BN.

3.1 Trastorno por atracón: ¿Subtipo de la BN?

Diversos estudios han evaluado si la edad, el IMC y las características psicológicas que presentan las personas con TPA son diferentes a las que presentan las personas con BN (véase Tabla 4). De acuerdo con las investigaciones citadas el rango de edad de las personas con TPA (16.30 - 42.00) es mayor comparado con el rango de edad de las personas con BN (22.9 - 32.10). Cabe señalar que en el estudio de Zaidler, Johnson y Cockell (2002) el promedio de la edad de los estudiantes con TPA fue de 16.30, resultado que sale del promedio que se ha identificado en diversos estudios. Respecto al IMC también se observa que el rango de personas con TPA (25.11 - 37.70) es mayor que en la personas con BN (21.00 - 29.59). Si se considera la clasificación de peso de la OMS, las personas con TPA podrían catalogarse con sobrepeso u obesidad de primer y segundo grado, mientras que las personas con BN se clasificarían con normopeso o sobrepeso. En la clasificación de peso establecida por la NOM, las personas con TPA se clasificarían con sobrepeso u obesidad y las personas con BN se clasificarían con normopeso, sobrepeso u obesidad.

Tabla 4. Investigaciones realizadas para comparar edad, Índice de Masa Corporal y características psicológicas de personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa.

Autores (año)	Muestra	Resultados					Características Psicológicas
			EDAD		IMC		
			\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
Vervae et al. (2004)	Clínica. TPA n = 30 mujeres BNNP* n = 17 mujeres	TPA	33.10	10.70	37.70	6.70	Las personas con TPA y BNP* no presentaron diferencias estadísticamente significativas en sentimientos de tristeza, ansiedad, fobia o depresión, disturbio del sueño y abuso de drogas.
		BNNP*	23.8	7.20	24.50	4.20	
Jackson et al. (2002)	Clínica TPA n = 32 mujeres BN n = 32 mujeres	TPA	32.13	7.98	25.11	3.00	En personas con TPA la burla acerca de la apariencia general se asoció con dieta restrictiva. En personas con BN la burla acerca del peso y figura se asoció con dieta restrictiva
		BN	36.31	9.40	23.93	3.83	
Zaider et al. (2002)	Comunitaria. Estudiantes n =201 de los cuales 6 fueron diagnosticados con TPA	TPA	16.30	1.08	--	--	Los resultados sugieren que los síntomas depresivos crónicos en la adolescencia pueden elevar el riesgo para desarrollar TPA.
Striegel-Moore et al. (2001)	Comunitaria. TPA n = 150 mujeres BNNP* n = 14 mujeres BNP** n = 48 mujeres	TPA	31.34	5.56	34.17	9.24	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en preocupación por el peso y la figura corporal entre las personas con TPA; BNNP* y BNP**
		BNNP*	30.21	7.24	29.59	11.54	
		BNP**	27.88	5.79	26.36	6.68	
Santonastaso, Ferrara y Favaro (1999)	Clínica. TPA n = 45 BNNP* n = 45 44 mujeres y 1 hombre en ambos grupos	TPA	29.86	10.85	31.40	5.60	Las personas con TPA y BN no presentaron diferencias significativas en intentos suicidas, abuso de drogas, impulsividad y frecuencia de atracón.
		BNNP*	22.96	4.83	21.00	2.00	
Mitchell et al. (1999)	Clínica. TPA n = 49 mujeres BN n = 29 mujeres	TPA	42.00	--	34.30	--	Personas con TPA reportaron disfrutar más la comida y mayor relajación al momento de comer comparadas con las personas con BN.
		BN	26.00	--	23.50	--	

Nota: BNNP* = Bulimia Nerviosa no purgativa; BNP** = Bulimia Nerviosa purgativa. En las celdillas con doble guión no se reportaron dichos datos.

Los resultados mostrados en la Tabla 4 evidencian que el IMC y la edad deben tomarse en cuenta para realizar estudios sobre TPA. Aún cuando se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los estudios sobre estas variables en personas con TPA y personas con BN, algunos investigadores consideran que no es suficiente para incluir el TPA como una categoría independiente en el DSM, por lo que proponen realizar más investigación en estas y otras variables (Jackson, Grilo & Masheb, 2002; Vervaet, Heeringen & Audenaert, 2004).

En cuanto a las características psicológicas mostradas en los estudios de la Tabla 4, en general no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y las personas con BN en cuanto a abuso de sustancias, ideación suicida e impulsividad (Santonastaso et al., 1999; Vervaet et al., 2004), preocupación por el peso y la figura corporal (Striegel-Moore et al., 2001). De la misma manera no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en depresión entre las personas con TPA y las personas con BN y además se ha encontrado que los síntomas depresivos durante la adolescencia podrían elevar el riesgo de desarrollar TPA (Vervaet et al., 2004; Zaidler et al., 2002). Por su parte, Mitchell et al. (1999) encontraron que las personas con TPA disfrutaron más la comida y sintieron mayor relajación al momento de comer comparados con las personas con BN.

3.2 Conductas compensatorias

De acuerdo a los criterios diagnósticos del TPA las personas que padecen este trastorno no realizan conductas compensatorias posteriores a los episodios de atracón, característica de las personas con BN. No obstante, algunos estudios han encontrado que las personas con TPA si realizan conductas compensatorias (véase Tabla 5). Particularmente, se ha mostrado que las personas con TPA realizan conductas compensatorias tales como uso de laxantes y vómito autoinducido (Johnson et al., 2001; Peterson et al., 1998; Speranza et al., 2003; Vervaet et al., 2004), ejercicio y ayuno (Johnson et al., 2001) pero en menor frecuencia que las personas con BN. Es probable que la menor frecuencia en la

conducta de purga y uso de laxantes explique los mayores IMC reportados en estudios de personas con TPA comparados con personas de BN. Sin embargo, entre quienes presentan TPA se han encontrado diferentes porcentajes de personas que realizan conductas compensatorias que van desde el 1% hasta el 38% tanto en muestras clínicas como comunitarias (Johnson et al., 2001; Speranza et al., 2003; Vervaet et al., 2004).

Tabla 5. Investigaciones sobre conductas compensatorias en personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa.

Autores (año)	Muestra	Resultados
Vervaet et al. (2004)	Clínica TPA n = 30 mujeres BNNP* n = 17 mujeres	Veintiseis por ciento de las mujeres con TPA reportaron vomitar y 13% usaban laxantes menos de dos veces a la semana. Seis por ciento de las personas con BNNP reportó vomitar y 6% usaban laxantes, menos de dos veces a la semana.
Speranza et al. (2003)	Clínica BNP** n = 213 mujeres BNNP* n = 73 mujeres TPA n = 73 mujeres	Siete por ciento de las mujeres con TPA reportó realizar purgas y vómito. Nueve por ciento de las mujeres con BNP reportó provocarse vómito, y ninguna de las mujeres con BNNP reportó realizar este tipo de conductas. Las mujeres que no vomitaban ni usaban laxantes presentaron mayor depresión en comparación con las mujeres que si realizaban este tipo de conductas.
Johnson et al. (2001)	Comunitaria n = 4561 mujeres.	Cinco por ciento de las mujeres presentaron TPA. De las cuales 4% realizaban ejercicio, 6% ayunaban, 1% usaban laxantes y 2% se provocaban el vómito. El mayor número de casos con TPA se encontró entre las mujeres de mayor edad. Seis por ciento de las mujeres presentaron BN, de las cuales 62% realizaban ejercicio, 67% ayunaban, 14% usaban laxantes y 21% se provocaban el vómito.
Peterson et al. (1998)	Comunitaria TPA n = 63 mujeres	Treinta y ocho por ciento de las mujeres con TPA reportaron tener recurrente historia de purga (una o más veces por semana). Sesenta y uno por ciento no reportaron purga. El promedio de edad de las mujeres sin historia de purga fue ligeramente mayor (44.7 años) que el promedio de edad de las mujeres con historia de purga (39.8 años). No hubo diferencias estadísticamente significativas en IMC entre las personas que se purgaban y las que no lo hacían (35.60 vs 33.5).

Nota. BNNP* = Bulimia nerviosa no purgativa; BNP** = Bulimia nerviosa de tipo purgativo.

Estos resultados evidencian que las personas con TPA si presentan conductas compensatorias, aunque en menor medida que las personas con BN. Al respecto algunos investigadores se han inclinado a pensar que en las personas con TPA las conductas de purga no son clínicamente significativas mientras que otros investigadores consideran que las conductas de purga deben ser una característica definitoria de TCA donde prevalece el atracón (Jonson et al., 2001; Peterson, et al. 1998; Speranza et al., 2003). Asimismo, es importante destacar que en las investigaciones se han encontrado resultados diversos en cuanto a la cantidad de mujeres con TPA que realizan conductas compensatorias. Por tanto, es poco claro si para el diagnóstico del TPA debe considerarse la presencia de conductas compensatorias.

3.3 El papel de la dieta restrictiva

El rol de la dieta restrictiva en individuos con TPA aún permanece poco claro. Algunos investigadores han encontrado que las personas que hacen dieta posteriormente tienen episodios de atracón (dieta-atracón) y otros han reportado que los atracones llevan a las personas a realizar dieta (atracón-dieta), las inconsistencias encontradas dejan todavía en cuestión el papel que juega la dieta en los atracones en personas con TPA (Howard & Porzelius, 1999).

En la Tabla 6 se muestran investigaciones realizadas en personas con TPA donde se observa que en algunos casos la dieta restrictiva se lleva a cabo en menor frecuencia y en otros casos se realiza en mayor frecuencia en comparación con las mujeres con BN. También se ha observado que en las mujeres con y sin TPA no hay diferencias estadísticamente significativas en la realización de dieta, estas inconsistencias pueden deberse a que en la evaluación de la dieta restrictiva se han utilizado diferentes cuestionarios como el Cuestionario de Conducta alimentaria de Duch (DEBQ) y el Cuestionario de trastornos alimentarios (EDE-Q) (Vervaet et al., 2004; Jackson et al., 2002).

Tabla 6. Estudios realizados sobre el papel que juega la dieta en personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa.

Autores (año)	Muestra	Resultados
Manwaring et al. (2006)	Comunitaria TPA n = 155 mujeres	La muestra fue dividida en dos grupos; primero atracón y primero dieta. El grupo primero dieta presentó mayor preocupación por el peso, mayor restricción alimentaria y mayor probabilidad de ser diagnosticados con trastorno de uso de sustancias, comparado con el grupo primero atracón.
Martínez, (2005)	Comunitaria TPA n = 9	El 90% de la muestra realizaba dieta restrictiva. Los principales factores que antecedieron a los episodios de atracón fueron sentimientos y comentarios negativos sobre la imagen corporal.
Kjelsas et al. (2004)	Comunitaria BN = 30 mujeres TPA 18 mujeres	El 50% de las mujeres con TPA no reportaron la dieta como antecedente del atracón. Mientras que el 67% de las mujeres con BN reportaron como antecedente de un atracón la realización de dieta restrictiva.
Vervae et al. (2004)	Clínica TPA n = 30 mujeres BNNP*n = 17mujeres	Las mujeres con TPA presentaron mayor dieta restrictiva en comparación con las mujeres con BN.
Chua et al. (2004)	Clínica TPA n = 40 mujeres	Las participantes fueron aleatoriamente asignadas a la condición de carácter negativo inducido y carácter neutral para evaluar la conducta de ingestión o restricción de alimentos. Las mujeres con carácter negativo consumieron mayor cantidad de chocolates en comparación con las mujeres con carácter neutral inducido. En ambos casos la dieta restrictiva no tuvo efecto en la ingestión de alimento.
Hagan et al. (2002)	Clínica TPA n = 54 Sin TPA n = 22	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a dieta restrictiva, entre personas con TPA y sin TPA. Además la dieta contribuyó poco a la frecuencia de conductas de atracón en las personas con TPA.
Jackson et al. (2002)	Clínica TPA n = 32 mujeres BN n = 32 mujeres	Las mujeres con TPA presentaron menor realización de dieta restrictiva en comparación con las mujeres con BN. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en frecuencia del atracón, preocupación por la forma y peso corporal y preocupación por la comida.
Masheb y Grilo (2000)	Clínica TPA n = 93 mujeres	El 36.7% de las mujeres con TPA reportaron realizar dieta restrictiva al menos 15 días en un mes. En estos casos la dieta no se relacionó con el atracón.

En cuanto a la contribución de la dieta restrictiva en la realización de los atracones en personas con TPA, algunos estudios han reportado que la dieta restrictiva contribuye para que se lleven a cabo los atracones, y otros estudios han mostrado que la dieta no tiene efecto en la realización de atracón (Chua, Touyz & Hill, 2004; Hagan et al., 2002; Kjelsas, Borsting & Buch, 2004; Masheb & Grilo, 2000). En mujeres con TPA se ha observado que más que la dieta restrictiva, es un carácter negativo el que desencadena un atracón (Chua et al., 2004). En muestra comunitaria de mujeres con TPA se encontró que existían diferencias entre las personas que primero se atracan y las que primero realizan dieta, en estas últimas se observa mayor preocupación por el peso y trastorno de uso de sustancias (Manwaring et al., 2006). En una muestra de mujeres con BN más de la mitad (67%), la dieta si antecedía a un atracón (Kjelsas et al., 2004).

El modelo en el cual la dieta restrictiva desencadena atracón (dieta-atracón) ha sido ampliamente evaluado en personas con BN, sin embargo, en un estudio conformado con tres muestras de mujeres mexicanas (comunitaria, de alto riesgo y clínica), dicha relación se confirmó sólo de manera parcial ya que esta relación se encontró mediada por la preocupación por la comida y fue la influencia de la publicidad la que predijo el atracón (Álvarez, 2006). En el estudio de Martínez (2005) realizado en una muestra mexicana de mujeres tampoco se observó la relación dieta-atracón; los sentimientos negativos y comentarios negativos sobre la figura estaban presentes antes de realizar el atracón y no realizaban dieta antes de llevar a cabo un atracón, cabe mencionar que los datos de este estudio fueron realizados por medio de un análisis cualitativo.

3.4 Insatisfacción corporal

La sobrevaloración del peso y figura es una variable que no es considerada en los criterios diagnósticos de investigación del TPA y sí de la BN. Sin embargo, hay evidencia empírica que apoya la noción de la imagen corporal negativa en personas con TPA. En la Tabla 7 se presentan diferentes estudios sobre la evaluación de insatisfacción corporal en personas con TPA y BN. De manera consensuada se ha observado la presencia de insatisfacción corporal en hombres

Tabla 7. Estudios para evaluar insatisfacción corporal en personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa. (*Continúa*)

Autores (año)	Muestra	Resultados
Grilo y Masheb (2005)	Comunitaria TPA n = 267 mujeres n = 76 hombres	Las mujeres con TPA presentaron mayor insatisfacción corporal (BSQ) comparadas con los hombres. Los hombres con TPA presentan mayor depresión (IDB) que las mujeres aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.
Striegel-Moore et al. (2004)	Comunitaria BN n = 27 mujeres control n = 27 mujeres TPA n = 42 mujeres control n = 42 mujeres	En mujeres con TPA se observó mayor insatisfacción corporal (prueba de percepción) al inicio de la evaluación con tendencia a incrementarse con el tiempo comparadas con sus controles. Además, se observó la relación a mayor IMC mayor insatisfacción corporal. Las personas con BN que presentaron mayor IMC exhibieron mayor insatisfacción comparadas con sus controles.
Grilo y Masheb (2005)	Clínica TPA n = 73 mujeres n = 34 hombres	El total de la muestra presentó una importante insatisfacción corporal (BSQ) y depresión (IDB) clínicas en la fase inicial del tratamiento para TPA. En la fase de seguimiento se observó una disminución en ambas variables después del tratamiento.
Hilbert y Tuschén-Caffier (2004)	Comunitaria TPA n = 24 mujeres	La muestra completa presentó insatisfacción corporal (BSQ) y depresión (IDB) clínicamente importantes al inicio del tratamiento y se observó una disminución en ambas variables a través del tiempo.
Jackson et al. (2002)	Clínica. TPA n = 32 mujeres BN n = 32 mujeres	Las mujeres con TPA presentaron mayor insatisfacción corporal (BSQ) comparada con las mujeres con BN. Las mujeres con BN presentaron mayor depresión que las mujeres con TPA (IDB) pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas.
Berrocal y Ruiz (2002)	Clínica Hombres n = 36 mujeres n = 82 TPA n = 21 TPA parcial n = 26 Obesos n = 71	Las personas con TPA presentaron mayor insatisfacción corporal (BSQ) en comparación con las personas con TPA parcial y las personas con obesidad sin trastorno. De igual manera las personas con TPA presentaron mayor depresión que los dos grupos restantes.

Tabla 7 (continuación). Estudios para evaluar insatisfacción corporal en personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa.

Autores (año)	Muestra	Resultados
Masheb y Grilo, (2000)	Clínica TPA n = 75 mujeres 18 = hombres	Con el Three Factor Eating Questionnaire dividieron a la muestra en dos grupos; con restricción alimentaria y sin restricción alimentaria. Las personas con restricción presentaron mayor insatisfacción corporal (BSQ) en comparación con las personas sin restricción alimentaria. Las personas con restricción presentaron mayor depresión (IDB) que las mujeres sin restricción, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas.
Fichetr, Quadflieg & Brandl(1993)	Clínica TPA n = 68 mujeres	Las mujeres con TPA presentaron importante insatisfacción corporal, en la subescala del Eating Disorder Inventory, en la fase inicial de tratamiento para TPA y se observó una disminución en la insatisfacción corporal a través del tiempo con el tratamiento.

y mujeres con TPA, incluso, no se han encontrado diferencias significativas con las personas con BN (Masheb & Grillo 2000; Jackson 2002; Masheb & Grilo 2005). Por otra parte, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA, TPA parcial y obesos, siendo las personas con TPA quienes presentaban mayor insatisfacción corporal y depresión. Cabe puntualizar que en la mayoría de los estudios la evaluación de la insatisfacción corporal se llevó a cabo con el Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ). Aún en los casos en que se utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la insatisfacción corporal se observó la presencia de esta variable en personas con TPA (Fitcher, Quadflieg & Brandl, 1993; Striegel-Moore et al., 2004).

De manera general se ha observado que las personas con TPA si presentan insatisfacción corporal, lo que hace aún más controvertido los criterios diagnósticos de investigación de este trastorno ya que esta variable no es considerada en el DSM-TR IV (APA, 2000; Berrocal & Ruiz 2002; Masheb & Grilo 2000; Jackson et al., 2002; Grilo & Masheb 2005; Striegel-Moore et al., 2004). También se ha observado que aún después del tratamiento para TPA las personas continúan presentado insatisfacción corporal clínicamente importante

(Fitcher et al., 1993; Hilbert et al., 2004; Grilo & Masheb 2003; Striegel-Moore et al., 2004).

3.5 Factores de riesgo para desarrollar TPA.

El origen y mantenimiento del TPA puede determinarse por diversos factores. En diferentes estudios que se han llevado a cabo en torno a este trastorno, se refiere que algunos posibles factores de riesgo que se han relacionado con este trastorno son: IMC, autoevaluación negativa, abusos físicos y sexuales, comentarios despreciativos sobre el peso y la figura corporal, conducta alimentaria anómala (véase Tabla 8).

Como se puede observar un factor de riesgo fue el maltrato en la infancia debido a que estuvo presente en una cantidad importante de hombres y mujeres en una muestra de personas con TPA (Grilo & Masheb, 2002). De la misma manera se ha observado que los sentimientos negativos, la obesidad infantil y el perfeccionismo estuvieron presentes en personas con TPA y no así en personas sin TPA (Hagan et al., 2002; Striegel-Moore et al., 2005; Pratt et al., 2001). Respecto a los problemas familiares (mal humor parental, exigencias parentales, separación de los padres) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con TPA que primero se atracan y las que primero hacen dieta, y estas variables no se observaron en personas sin TPA (Manwaring et al., 2006; Striegel-Moore et al., 2005). El trastorno distímico (depresión mayor) fue el factor de mayor riesgo para desarrollar BN y TPA.

Los datos obtenidos en investigaciones han llevado a algunos examinadores en el área a estar a favor de la inclusión de TPA como un trastorno con identidad propia y algunos otros han referido que aún no existe consenso para determinar la situación de este trastorno y sugieren continuar con las investigaciones.

Tabla 8. Factores de riesgo para desarrollar Trastorno por Atracón.

Autores (año)	Muestra	Resultados
Manwaring et al. (2006)	Comunitaria TPA n = 59 mujeres de color n = 96 mujeres blancas	Las personas con TPA se dividieron en dos grupos: primero-atracón y primero-dieta. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en factores de riesgo, salud mental, salud física, experiencias medioambientales, preocupación por la comida y peso familiar, problemas parentales y psicopatología parental.
Striegel-Moore et al. (2005)	Comunitaria. TPA n = 107 mujeres Control n = 107 Psiquiátricos n = 107	Las mujeres con TPA y las mujeres con algún problema psiquiátrico reportaron obesidad infantil, sobreingesta individual o familiar, discordia familiar y elevada exigencia parental en comparación con su grupo control. Además reportaron presentar afecto negativo, mal humor parental y trastornos de uso de sustancias, perfeccionismo, separación de los padres y problemas maternos en comparación con sus controles.
Zaider et al. (2002)	Comunitaria. n = 201 21% hombres 78% mujeres	En el 30% de los adolescentes el trastorno distímico fue el factor de mayor riesgo para desarrollar TCA. En el 21.6% de la muestra los síntomas depresivos se relacionaron con TCA. En el 7% del total de la muestra se observó una relación entre uso de alguna sustancia y TCA.
Grilo y Masheb (2002)	Comunitaria TPA n = 90 mujeres n = 26 hombres.	El 82% de las personas con TPA reportaron alguna forma de maltrato infantil. El 53% reportó abuso emocional, 32% abuso físico, 26% abuso sexual y 67% reportó negligencia emocional. El 30% de las personas con TPA presentaron trastorno de personalidad. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre género en la frecuencia de maltrato infantil.
Hagan et al. (2002)	Clínica. TPA n = 54 mujeres Sin TPA n = 29 mujeres	Los sentimientos negativos fueron un fuerte predictor de atracón en mujeres con TPA. Contrario a sus predicciones la dieta no contribuyó en los atracones. De esta manera los sentimientos negativos desencadenan un atracón, los sentimientos negativos posteriores al atracón vuelven a desencadenar atracón, creándose una conducta cíclica entre atracón y sentimientos negativos.
Pratt et al. (2001)	Comunitaria BN n = 32 TPA n = 127 Obesos n = 60	En las personas con TPA y BN no se observaron diferencias estadísticamente significativas en perfeccionismo.

4. Evaluación del TPA

Debido al creciente interés que ha generado el TPA entre los investigadores de la salud, se han desarrollado algunos instrumentos para evaluar los

componentes de este trastorno. En la Tabla 9 se describen los instrumentos que más se han utilizado en la evaluación del atracón.

Tabla 9. Cuestionarios utilizados para evaluar atracón y rasgos asociados.

Cuestionario y Autores (año)	Características
Escala de atracón alimentario (BES) Gormally, Black, Daston & Rardin, (1982)	Consta de 16 reactivos para evaluar características conductuales del atracón sentimientos y cogniciones asociados al mismo en personas obesas.
Cuestionario de patrones de peso y alimentación (QEWPR) Spitzer, Yanovsky y Marcus (1993)	Consta de 12 reactivos, se emplean diferentes códigos de respuesta. Evalúa presencia o ausencia de atracón, frecuencia y duración de los atracones, conductas compensatorias para controlar el peso y sentimientos de culpabilidad relacionados con el atracón.
Cuestionario de los tres factores de la alimentación (TFEQ) Stunkard y Messick (1985)	Está conformado por 50 reactivos, divididos en dos partes. La primera parte consta de 36 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas (falso-verdadero) y la segunda parte incluye reactivos (37-51) con un código de respuesta politómico. Evalúa la dieta restrictiva, desinhibición y hambre.
Entrevista de trastornos alimentarios. (EDE) Cooper y Fairburn (1987)	Entrevista semiestructurada para evaluar psicopatología asociada a los TCA. La 12ª edición de la EDE incluye la evaluación del atracón, métodos extremos de control de peso, restricción alimentaria y preocupación por el peso, la figura y la comida.
Cuestionario de bulimia (BULIT) Smith y Thelen (1984)	Está conformado por 36 preguntas con una escala bipolar de cinco opciones de respuesta. Evalúa síntomas de Bulimia Nerviosa, incluye 3 subescalas que evalúan, atracón, sentimientos negativos y conductas compensatorias.
Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios IV (IDED) Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy-Eberez (1998)	Entrevista semiestructurada para evaluar Anorexia Nerviosa, BN y TPA, usando los criterios diagnósticos del DSM. Evalúa métodos extremos de control de peso, restricción alimentaria y preocupación por el peso, la figura y la comida, presencia o ausencia de atracón.

Específicamente el QEWP-R y el BES además de evaluar la presencia de atracón son instrumentos confiables para realizar el tamizaje de sintomatología del TPA, mientras que el TFEQ evalúa componentes asociados el atracón. El BULIT es un instrumento desarrollado para identificar sintomatología de Bulimia, no obstante, se ha utilizado como un instrumento que evalúa síntomas de TPA. Para formalizar el diagnóstico de TPA es importante el empleo de una entrevista diagnóstica como la EDE y la IDED. Los estudios que se han realizado y reportado en México han utilizado el QEWP-R, TFEQ, BULIT y la IDED, mismos que han sido traducidos, adaptados y además se han evaluado sus propiedades psicométricas para población mexicana, en el Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Hasta el momento se han realizado un número importante de investigaciones sobre el TPA y la BN en otros países. El análisis de dichas investigaciones permite derivar los siguientes puntos:

- a) Se ha sugerido que el TPA es un trastorno diferente de la BN. No obstante existe polémica en cuanto a las características definitorias del TPA en comparación con la BN, por lo que se ha alentado a realizar mayor investigación para determinar la validez del TPA como un TCA específico.
- b) El perfil sociodemográfico de las personas con TPA no es tan claro como el perfil de las mujeres con BN.
- c) En las personas con TPA la pérdida de control durante los episodios de atracón puede ser más importante que la cantidad de comida consumida o la frecuencia de los atracones, por lo que es necesario incluir el análisis de este aspecto.
- d) Es necesaria mayor investigación sobre el TPA en muestras heterogéneas (i. e., pacientes que asisten a programas para reducción de peso).
- e) Se ha observado que personas con TPA presentan importante insatisfacción corporal y realizan conductas compensatorias aún cuando estas variables no son consideradas en los criterios diagnósticos del DSM.

Por otro lado, la investigación llevada a cabo en México apoya la noción de que el TPA y la BN son trastornos diferentes. No obstante, sólo se ha trabajado con muestras comunitarias (estudiantes universitarias y mujeres que acuden a la realización de ejercicio aeróbico) y en algunos casos el tamaño de las muestras ha sido pequeño. De manera general, clínicos e investigadores consideran que no hay consenso en definir la controvertida situación del TPA, por lo que se evidencia

la necesidad de realizar estudios que aporten información relevante para la caracterización del TPA. Por tanto, se plantea lo siguiente:

Pregunta de investigación: ¿Qué características permiten discriminar entre las personas con TPA y las personas con BN?

Objetivo general: Evaluar si las variables edad, indicadores antropométricos, insatisfacción corporal, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, restricción alimentaria, conductas compensatorias y la influencia del modelo estético corporal caracterizan a personas con TPA y si éstas permiten discriminar entre las personas con TPA y personas con BN.

Objetivos específicos:

- Evaluar la ocurrencia de personas con TPA en las clínicas para control y reducción de peso del IMSS.
- Evaluar si variables como la edad, indicadores antropométricos, restricción alimentaria, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, conductas compensatorias, influencia del modelo estético corporal e insatisfacción corporal de las personas con TPA son diferentes de las personas con BN.
- Evaluar el grado de asociación entre la edad, indicadores antropométricos, restricción alimentaria, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, conductas compensatorias, influencia del modelo estético corporal e insatisfacción corporal, tanto en la muestra de personas con TPA como en la muestra de personas con BN.

Evaluar si la edad, indicadores antropométricos, restricción alimentaria, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, conductas compensatorias, influencia del modelo estético corporal e insatisfacción corporal permiten discriminar entre personas con TPA y personas con BN.

MÉTODO

Muestra 1.

Participaron 336 mujeres derechohabientes del IMSS de la ciudad de México que acudieron por primera vez al servicio de Dietética y Nutrición para control y tratamiento de sobrepeso y obesidad. Sólo 166 mujeres cumplieron con la evaluación completa (batería de instrumentos, entrevista diagnóstica y medidas antropométricas) de las cuales 21 mujeres fueron diagnosticadas con TPA (12.6%), 14 con TPA parcial (8.4%) y se seleccionaron 35 mujeres sin diagnóstico de TPA con características sociodemográficas similares (IMC y edad) a la muestra con TPA. El 30% de las mujeres con TPA, TPA parcial y sin diagnóstico de TPA estaban casadas, el 51% se dedicaban al hogar, la escolaridad que se reportó en mayor porcentaje fue el nivel medio superior (30%, preparatoria o carrera comercial), el rango de edad fue 18-70 años.

Muestra 2.

Estuvo conformada por 27 mujeres diagnosticadas con BN (el 52% son BN de tipo purgativo y el porcentaje restante no fue posible conocer el subtipo) de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2000). Provenían de dos preparatorias de la ciudad de México (n = 8); personas que asistieron a evaluación de TCA al PIN de la FES-Iztacala, UNAM (n = 12) y pacientes que asistieron a una clínica especializada para tratamiento de TCA en la ciudad de México (n = 7). Se seleccionaron veintisiete mujeres estudiantes de preparatorias y universidades de la ciudad de México que fueron diagnosticadas sin BN y con características sociodemográficas similares (edad y nivel de estudios) de las mujeres con BN. El 87% de las mujeres de esta muestra eran solteras, el 79% eran estudiantes, la escolaridad que se reportó en mayor porcentaje fue licenciatura (51.85%), el rango de edad fue 13-38 años.

La selección de las participantes de ambas muestras fue de manera no probabilística de tipo intencional (Méndez, Namihira, Moreno & Sosa, 2001).

Tipo de estudio: No experimental, de tipo transversal. En los estudios no experimentales el investigador no modifica a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el fenómeno que está estudiando. Es de tipo transversal porque se midieron una sola vez las variables sin pretender evaluar su evolución (Méndez et al., 2001).

Criterios de inclusión: Para las mujeres de la muestra 1, cumplir con o sin diagnóstico de TPA según el caso. Las mujeres de la muestra 2 cumplir con o sin diagnóstico de BN.

Criterios de exclusión: Personas que en el momento del estudio se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico o en tratamiento para TCA, personas que no supieran leer y escribir.

Definición de Variables

En la tabla 10 se muestran las variables de estudio que fueron evaluadas en las personas con TPA, sin TPA, BN y sin BN, así como la definición conceptual y operacional de los mismos.

Instrumentos

Carta de consentimiento informado es un documento elaborado de acuerdo a los lineamientos del IMSS en el cual los investigadores expresan los objetivos de la investigación y los pacientes aceptan participar de manera voluntaria firmando el documento.

Tabla 10. Definición de las variables del estudio. (Continúa)

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional
Bulimia Nerviosa	Trastorno psicológico caracterizado principalmente por la realización de atracones alimentarios seguidos por conductas compensatorias, en presencia de importante insatisfacción corporal (APA 2000).	Las personas que en el Cuestionario de Bulimia (BULIT) obtienen puntuación ≥ 85 indica sintomatología de bulimia, puntuación < 85 indica no sintomatología. Las personas con y sin sintomatología de bulimia son posteriormente evaluadas con la Entrevista de Diagnóstico de Trastorno Alimentario (IDED) con la finalidad de diagnosticar la presencia o ausencia del trastorno.
Trastorno por Atracón	Psicopatología caracterizada por la presencia de episodios de atracón, con sensación de pérdida de control sobre la ingestión de alimentos sin la realización de conductas compensatorias (APA, 2000).	Las personas que dan respuestas afirmativas a las preguntas Núm. 1, 2, 3, 4, y 5 ó 6 en el Cuestionario de Patrones de Peso y Alimentación (QEWP-R) es indicador de sintomatología de TPA. Respuestas negativas a las preguntas: 1, 2, 3, 4, y 5 ó 6 es indicador de no sintomatología (Spitzer, et al. 1993). Las personas con y sin sintomatología de TPA se evalúan con la IDED, para diagnosticar la presencia o ausencia del trastorno.
Insatisfacción Corporal	Inconformidad que experimenta una persona con su peso y figura corporales. (Cooper, Taylor & Fairburn, 1987).	Las personas que obtienen puntuaciones \geq a 110 en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ) es indicador de presencia de insatisfacción corporal.
Conductas compensatorias	Estrategias inadecuadas como purgas, ayunos, ejercicio excesivo, realizadas para controlar el peso corporal (APA, 2000).	En la subescala <i>conductas compensatorias</i> del BULIT, mayores puntuaciones indican mayor presencia de conductas compensatorias. Rango de la puntuación 4 - 20.
Atracón	Ingestión en un corto periodo de tiempo de una cantidad excesivamente grande de alimentos experimentando una pérdida de control sobre la alimentación (APA, 2000).	En la subescala <i>atracón</i> del BULIT, a mayor puntuación mayor presencia de atracón. Rango de la puntuación 11 - 55.
Sentimientos negativos posteriores al atracón	Sentimientos de culpabilidad y frustración al recordar el episodio de atracón. (APA, 2000).	En la subescala <i>sentimientos negativos</i> del BULIT, a mayor puntuación mayor presencia de sentimientos negativos. Rango de la puntuación 7 - 35.
Influencia del modelo estético corporal	Influencia de los medios de comunicación y las relaciones sociales en el modelo estético de delgadez (Toro, Salamero & Martínez, 1994.)	Mayor puntuación obtenida en el Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), indica mayor influencia del modelo estético corporal. Rango de la puntuación 0 - 80.

Tabla 10. (Continuación). Definición de las variables del estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Restricción alimentaria	Evitación de cierto tipo de alimentos con la finalidad de controlar el peso corporal (Stunkard & Messick, 1985).	Mayores puntuaciones en la subescala <i>restricción alimentaria</i> del TFEQ indican mayor restricción alimentaria. Rango de la puntuación 0 - 14.
Desinhibición	Tendencia a perder el control sobre la ingestión de comida, debida a situaciones internas o externas. (Stunkard & Messick, 1985).	Mayores puntuaciones en la subescala <i>desinhibición</i> del TFEQ indican mayor restricción alimentaria. Rango de la puntuación Rango de la puntuación 0 – 15.
Hambre	Susceptibilidad a la sensación de ingestión de alimentos, debida a situaciones internas o externas. (Stunkard & Messick, 1985).	Mayores puntuaciones en la subescala <i>hambre</i> del TFEQ indican mayor restricción alimentaria. Rango de la puntuación. Rango de la puntuación 0 - 14.
Edad	Días y años acumulados a través del tiempo.	Número de años cumplidos en el momento del estudio.
Índice de Masa Corporal	Índice de peso (o masa corporal) evalúa déficit o exceso ponderal (Vargas & Casillas, 1993).	Se calcula en base a la ecuación: $\text{Peso corporal en Kg.} / \text{talla en m}^2$. La Secretaría de Salud (2000) propone la clasificación siguiente: Normopeso IMC = 24 Sobrepeso IMC = 25.0 - 26.9 Obesidad IMC = ≥ 27 La Organización Mundial de la Salud propone la clasificación siguiente: IMC = 24 normopeso IMC = 25.0 – 29.9 sobrepeso IMC = 30.0 – 34.9 obesidad grado 1; 35.0 – 39.9 obesidad grado 2; ≥ 40 obesidad grado 3. (Barquera, et al. 2003).
Porcentaje de grasa	Porcentaje de grasa acumulado en el cuerpo (Bray, 1998).	Se calcula de acuerdo a la ecuación propuesta por Frisancho (1990): $\text{Porcentaje de grasa} = (4.95 / \text{densidad}) - 4.50 \times 100$ $D = a - (b \times \log \text{ de triceps} + \text{subescapular})$ Donde: $D = \text{densidad corporal}$ a y $b = \text{constantes de acuerdo con el sexo y la edad}$ Mujeres = 20% a 32%, normal. Valores menores o mayores indican riesgo para la salud (Bray, 1998).
Índice Cintura Cadera	Distribución de la grasa en la parte superior (androide) o inferior del cuerpo (ginecoide) Vargas & Casillas, 1993).	Se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura (cm x 100) entre la circunferencia de la cadera (cm), y permite estimar un riesgo para la salud. Entre 0.71 y 0.84 indica valor normal. Valores menores o mayores indica riesgo para la salud. (Vargas & Casillas, 1993).

Cuestionario de Bulimia (BULIT), cuestionario elaborado para evaluar síntomas de Bulimia Nerviosa, fue desarrollado por Smith y Thelen en 1984. Está conformado por 36 preguntas con una escala bipolar de cinco opciones de respuesta. En la validación para población mexicana Álvarez (2000) derivó un punto de corte \geq a 85 y una consistencia interna de 0.88. Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000) establecieron una estructura factorial de tres subescalas, denominadas: atracón (*Alpha* = 0.85), sentimientos negativos posteriores al atracón (*Alpha* = 0.82) y conductas compensatorias (*Alpha* = 0.60). Se calculó la consistencia interna de este instrumento en la muestra de mujeres adultas que participaron en este estudio encontrándose un valor de *Alpha* de 0.89.

Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ) cuestionario desarrollado por Cooper, Taylor y Fairburn (1987) para evaluar la inconformidad que experimenta una persona con su peso y figura corporales. Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta. La validación en población mexicana fue realizada por Galán (2004) quien encontró una consistencia interna de 0.95 y una estructura de dos factores: preocupación por el peso y la figura corporales (*Alpha* = 0.91); e insatisfacción corporal (*Alpha* = 0.84). Asimismo, derivó el punto de corte de 110 para población mexicana. En la muestra de mujeres adultas que participaron en este estudio se calculó la consistencia interna de este instrumento encontrándose un valor de *Alpha* de 0.95.

Cuestionario de Patrones de Peso y Alimentación Revisado (QEWP-R) Cuestionario desarrollado por Spitzer, Yanovski y Marcus (1993) con la finalidad de evaluar la presencia o ausencia de atracón, la frecuencia y duración de los atracones, conductas compensatorias para controlar el peso, sentimientos de culpabilidad relacionados con el atracón y presencia de indicadores conductuales de pérdida de control. Consta de 12 reactivos, con diferentes opciones de respuesta. En población mexicana López (manuscrito no publicado) evaluó sus propiedades psicométricas y encontró un *Alpha* de 0.71. Para detectar síntomas de TPA, Spitzer et al. (1993) recomendaron utilizar reglas de decisión

considerando las respuestas afirmativas a algunas preguntas del QEWP (véase Tabla 11).

Tabla 11. Reglas de decisión sugeridas para identificar síntomas de Trastorno por Atracón con el Cuestionario de Patrones de Peso y Alimentación.

Pregunta	Respuesta
1 y 2	Presencia de atracón y falta de control sobre la ingestión de alimentos.
3	Al menos dos días realizar atracones en una semana durante seis meses.
4, de la a) a la e)	Marcar al menos 3 ítems como "sí" (sintomatología asociada al atracón).
5 ó 6	Marcada culpa respecto al atracón.

Cuestionario de los Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) este cuestionario fue diseñado por Stunkard y Messick (1985) con el objetivo de evaluar la dieta restrictiva, desinhibición y hambre, principalmente en personas obesas. Está conformado por 51 reactivos, divididos en dos partes. La primera parte consta de 36 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas y la segunda parte incluye 15 reactivos con un código de respuesta de 4 y 5 opciones. En población mexicana (López, manuscrito no publicado) obtuvo un *Alpha* de 0.86 y una estructura de tres factores: restricción cognitiva (*Alpha* = 0.84), hambre (*Alpha* = 0.83) y desinhibición (*Alpha* = 0.82).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) desarrollado por Toro, Salamero y Martínez (1994) para medir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético vigente. Está conformado por 40 reactivos con tres opciones de respuesta. En mujeres mexicanas fue validado por Vázquez et al. (2000) quienes encontraron una consistencia interna de 0.94 y establecieron una estructura de 4 factores: influencia de la publicidad (*Alfa* = 0.92), malestar con la imagen corporal (*Alpha* = 0.86), influencia del modelo estético corporal (*Alpha* = 0.75) e influencia de las relaciones sociales (*Alfa* = 0.63). Se calculó la consistencia interna de este instrumento en la muestra de mujeres adultas que participaron en este estudio encontrándose un valor de *Alpha* de 0.94.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios IV (IDED) desarrollada por Kutlesic, et al. (1998) con el propósito de realizar el diagnóstico diferencial de Anorexia Nerviosa (AN), BN y TPA, usando los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Evalúa métodos extremos de control de peso, restricción alimentaria y preocupación por el peso, la figura y la comida, presencia o ausencia de atracón. Se obtuvo la siguiente consistencia interna (*Alpha* = 0.75 para Anorexia Nerviosa; 0.75 para Bulimia Nerviosa y 0.96 para Trastorno por Atracón). La IDED fue Traducida al español por Rosa Ma. Raich Escursell y adaptada para población mexicana en el PIN, FES-Iztacala, UNAM.

Aparatos

Antropómetro. Escala métrica desmontable de dos metros que dispone de ramas rectas y curvas, permite medir segmentos corporales, diámetros y alturas.

Báscula. Balanza digital marca TANITA para medir el peso corporal, con una precisión de 100 gramos.

Cinta Métrica. Escala métrica flexible, estrecha y dispone de un espacio sin graduar antes del cero. Se utiliza para medir perímetros y, eventualmente, para localizar la mitad entre dos puntos anatómicos determinados.

Compás de corredera. Escala métrica para medir pequeñas longitudes y diámetros.

Compás de pliegues cutáneos. Escala métrica para medir el grosor del panículo adiposo, ejerce presión constante de 10 gramos / mm².

Procedimiento:

Para la muestra 1, la evaluación se llevó a cabo en los auditorios de dos Unidades de Medicina Familiar del IMSS, Delegación Gustavo A. Madero, México Distrito Federal, lugar de reunión del servicio de dietética y nutrición para control y tratamiento de sobrepeso y obesidad. La aplicación de los instrumentos se realizó en el periodo comprendido del mes de noviembre de 2005 a noviembre de 2006.

La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera grupal durante cuatro sesiones.

Primera sesión. Se explicó el objetivo de la investigación a los participantes y se les invitó a participar pidiéndoles que firmaran la carta de consentimiento informado. Posteriormente se dieron instrucciones generales para que contestaran los siguientes instrumentos: BULIT, QEWP-R y CIMEC. El tiempo de ejecución fue de aproximadamente 60 minutos y personal capacitado permaneció en los lugares de aplicación para auxiliar en las dudas respecto al llenado de éstos.

Segunda sesión. Una semana después de la primera sesión, se aplicaron los siguientes instrumentos BSQ y TFEQ, el tiempo de ejecución fue de aproximadamente 60 minutos y personal capacitado permaneció en el auditorio para auxiliar en las dudas respecto al llenado de los cuestionarios.

Tercera sesión. Una semana después de la segunda sesión una antropóloga física y personal capacitado tomaron las medidas antropométricas. Asimismo, psicólogas entrevistaron a aquellas personas quienes cumplieron con las reglas de decisión sugeridas por Spitzer et al. (1993) para detectar sintomatología de TPA, la duración aproximada de esta sesión fue de 90 minutos.

Cuarta sesión. Una vez que los participantes concluyeron la evaluación se les entregaron sus resultados de manera individual. Los casos detectados con algún TCA fueron canalizados a clínicas especializadas para su tratamiento.

Muestra 2. La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo durante cuatro sesiones en las instalaciones de las instituciones educativas o en las clínicas.

Las personas que provenían de la clínica para tratamiento de TCA, la aplicación de los instrumentos se realizó en las instalaciones de la clínica de manera individual durante la fase de evaluación. El diagnóstico fue proporcionado por el personal de la clínica y corroborado con los expedientes.

Primera sesión. Se explicó el objetivo de la investigación y se pidió firmaran la carta de consentimiento informado. Posteriormente se dieron instrucciones generales para contestar el BULIT, QEWP-R y CIMEC, tiempo aproximado de ejecución fue de 60 minutos, personal capacitado permaneció en los lugares de aplicación para auxiliar en las dudas respecto al llenado de los cuestionarios.

Segunda sesión. Los participantes contestaron el BSQ y TFEQ, el tiempo aproximado de ejecución fue de 60 minutos, personal capacitado permaneció en los lugares de aplicación para auxiliar en las dudas respecto al llenado de los cuestionarios.

Tercera sesión. Se tomaron medidas antropométricas y se realizó entrevista diagnóstica por psicólogas a las personas que rebasaron punto de corte (≥ 85) del BULIT para detectar sintomatología de BN, tiempo aproximado de ejecución 90 minutos.

Cuarta sesión. Se entregaron resultados de manera individual y los casos que fueron detectados con síntomas y trastorno alimentario fueron canalizados a clínicas especializadas para TCA.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SSPS).

Prueba *t* de *Student* para muestras independientes con el objetivo de evaluar si existían diferencias entre las personas con TPA y TPA parcial en relación a indicadores antropométricos, síntomas y factores socioculturales asociados a los TCA.

Análisis de Varianza (ANOVA) para evaluar si existían diferencias entre las personas con TPA, sin TPA, con BN y sin BN respecto a variables sociodemográficas e indicadores antropométricos.

Análisis de Covarianza (ANCOVA) controlando variables sociodemográficas e indicadores antropométricos para evaluar si existían diferencias entre las

personas con TPA, sin TPA, con BN y sin BN respecto a los síntomas de TCA y variables socioculturales.

Prueba r de *Pearson* para evaluar asociaciones entre las variables sociodemográficas, indicadores antropométricos, síntomas de TCA y variables socioculturales tanto de las personas con TPA como de las personas con BN

Análisis discriminante considerando las variables sociodemográficas, indicadores antropométricos, síntomas de TCA y variables socioculturales con el objetivo de evaluar si alguna de estas variables discriminaban entre las personas con TPA y las personas con BN.

RESULTADOS

En este estudio 21 personas fueron diagnosticadas con TPA debido a que cumplieron con todos los criterios diagnóstico del DSM-IV-R (APA, 2000) y 14 con TPA parcial (personas que cumplieron con los criterios del TPA excepto por la frecuencia de atracón de dos veces por semana). Empleando el paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows* se realizó una prueba *t de Student* para muestras independientes con la finalidad de evaluar si existían diferencias entre las personas con TPA y TPA parcial, respecto a la edad, indicadores antropométricos, síntomas y factores socioculturales asociados a los TCA. Los resultados mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos en cuanto a la edad [$t(33) = 1.61$, n/s], IMC [$t(33) = 1.98$, n/s], porcentaje de grasa [$t(33) = 1.16$, n/s], BULIT [$t(33) = 4.05$, n/s], BSQ [$t(33) = 4.11$, n/s], por tanto, para los análisis posteriores del presente estudio se consideraron como un sólo grupo (TPA).

Clasificación de personas con TPA o con BN de acuerdo a los indicadores antropométricos.

En la Tabla 12 se describe la clasificación de las participantes en función de los indicadores antropométricos. Respecto al IMC, un mayor porcentaje de personas con TPA fueron clasificadas como personas obesas comparadas con las personas de BN, considerando el criterio nacional (NOM) se identificó al 100% de personas con TPA clasificadas con obesidad y para el criterio internacional (OMS), se identifica el 91.3% de personas con TPA clasificadas con obesidad de primero, segundo y tercer grado. En el caso de las mujeres con BN, de acuerdo a la NOM se clasificó al 11.1% en la categoría de obesidad y de acuerdo con la OMS se identificó que el 3.7% de las personas se clasificaban en la categoría de obesidad de primer grado. En cuanto al ICC se observaron mayores porcentajes de personas con TPA en riesgo para la salud comparadas con las personas con BN (48.5% vs 22.2%). Respecto al porcentaje de grasa, también se observaron mayores porcentajes de personas con TPA en riesgo para la salud, comparadas

Tabla 12. Clasificación de personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa de acuerdo a los indicadores antropométricos

	Índice de Masa Corporal									Índice Cintura Cadera	Porcentaje de Grasa		
	Organización Mundial de la Salud					Norma Oficial para el Manejo de la Obesidad			%		Riesgo, mayor o menor al normal	%	Riesgo, mayor o menor al normal
	%	%	Obesidad %			%	%	%					
	Normal = 24	Sobrepeso > 25	1 ^o 30.0 - 34.9	2 ^o 35.0 - 39.9	3 ^o ≥ 40	Normal = 24	Sobrepeso = 25.0 - 26.9	Obesidad ≥ 27					
Trastorno por Atracón n = 35	-	8.5	45.7	34.2	11.4	-	-	100	48.5	48.5	-	97.1	
Sin Trastorno por Atracón n = 35	5.7	25.7	37.1	17.1	11.4	5.7	5.7	85.7	38.2	61.7	14.2	85.7	
Bulimia Nerviosa n = 27	51.8	14.8	3.7	-	-	51.8	7.4	11.1	29.6	22.2	25.9	22.2	
Sin Bulimia Nerviosa n = 27	74	22.2	3.7	-	-	74.0	22.2	3.7	85.1	14.8	55.5	44.4	

Nota. En ocho mujeres con BN no fue posible obtener algunos indicadores antropométricos.

con las personas con BN (97.1% vs 22.2%). De manera general se observaron mayores porcentajes de personas con TPA en riesgo para la salud con base a los indicadores antropométricos (IMC, ICC y porcentaje de grasa) comparados con los indicadores de las personas con BN.

Asimismo, de acuerdo a la NOM el 100% de las personas con TPA fueron clasificadas con obesidad en comparación con el 85.7% de las personas sin TPA. Para la OMS también se observa mayor porcentaje de personas con TPA clasificadas con obesidad de primero y segundo grado comparadas con las personas sin TPA, mientras que en la categoría de obesidad de tercer grado se observa el mismo porcentaje tanto para las personas con TPA como para las personas sin TPA. En relación al porcentaje de grasa, se observó mayor porcentaje de personas con TPA en riesgo para la salud comparadas con las personas sin TPA (97.1% vs 85.7%). Cabe destacar, que respecto al ICC se observa un menor porcentaje de personas con TPA en riesgo de desarrollar enfermedades comparadas con las personas sin TPA (48.5% vs 61.7%).

Diferencias entre las personas con TPA o BN respecto a la edad e indicadores antropométricos.

Por otro lado, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) para evaluar si existían diferencias entre las personas con TPA y BN en cuanto a la edad e indicadores antropométricos. Como se observa en la Tabla 13 las personas con TPA presentaron mayor edad, peso, IMC y porcentaje de grasa (\bar{x} = 41.17, 83.17, 35.42, 38.58, respectivamente) en comparación con las personas con BN (\bar{x} = 20.33, 59.74, 23.35, 30.80, respectivamente). En el ICC no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y personas con BN (0.85, 0.82, respectivamente). Cabe señalar que tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y sin TPA. En los análisis posteriores las variables edad e indicadores antropométricos fueron consideradas como covariantes.

Tabla 13. Análisis de varianza entre las personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa respecto a la edad indicadores antropométricos.

	TPA n = 35		Sin trastorno TPA n = 35		BN n = 27		Sin trastorno BN n = 27		F
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
Edad	41.17 _a	13.45	41.31 _a	12.30	20.33 _b	4.71	19.52 _b	4.84	44.16*
Peso	83.17 _a	19.48	79.89 _a	17.88	59.74 _b	7.69	54.94 _b	9.47	21.36*
Índice de Masa Corporal	35.42 _a	4.86	33.12 _a	5.88	23.35 _b	2.79	22.55 _b	3.25	50.17*
Índice cintura cadera	0.85 _a	0,59	0.86 _a	0.61	0.82 _a	0.58	0.78 _b	0.52	12.36*
Porcentaje de grasa	38.58 _a	2.95	36.90 _a	3.53	30.80 _b	5.61	30.15 _b	4.55	29.74*

Nota. Las medias con diferente subíndice difieren estadísticamente con la prueba de Scheffe. La edad e indicadores antropométricos fueron covariantes.

* p < .001

Diferencias entre las personas con TPA o BN y las personas sin trastorno entre los síntomas de TCA y variables socioculturales.

Para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA o con BN y las personas sin trastorno respecto a síntomas de TCA y factores socioculturales asociados a los mismos, se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA). En la Tabla 14 se muestran los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones totales del TFEQ y BULIT y sus respectivos factores. En el total del TFEQ y sus tres factores, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y las personas con BN. Mientras que las personas con TPA y las personas con BN presentaron mayor *desinhibición* y *hambre* en comparación con las personas sin trastorno. Respecto al total del BULIT y sus tres factores se encontró que las personas con BN mostraron mayores puntuaciones en comparación con las personas con TPA, y las personas con trastorno obtuvieron mayores puntuaciones respecto a las personas sin trastorno. Como se observa en la Tabla 15 en el total del BSQ se encontraron mayores puntuaciones en las personas con BN comparadas con las personas con TPA. En el factor *malestar con la imagen corporal* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y BN, cabe destacar que tanto las personas con BN y las personas con TPA rebasaron punto de corte del BSQ (≥ 110). En el total del CIMEC y sus factores *influencia de la publicidad* e *influencia del modelo estético corporal* no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y las personas con BN, mientras que si las hubo con sus respectivos grupos sin TCA.

Asociaciones entre la edad, indicadores antropométricos, síntomas de TCA y variables socioculturales de personas con TPA o BN.

Se calculó la *r* de *Pearson* para evaluar el grado de asociación entre la edad y los indicadores antropométricos y la sintomatología de TCA tanto en la muestra de mujeres con TPA como en la muestra con BN. En ambas muestras se encontró que no hubo asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 14. Análisis de covarianza entre las personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa respecto al Cuestionario de los Tres Factores de la Alimentación y el Cuestionario de Bulimia.

Instrumento y factores	TPA n = 35		Sin trastorno TPA n = 35		BN n = 27		Sin trastorno BN n = 27		F
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
TFEQ	27.97 _a	6.66	16.08 _b	6.99	33.04 _a	6.77	11.70 _b	7.86	54.29*
Restricción alimentaria	10.77 _a	4.68	11.31 _a	5.09	10.00 _a	3.68	5.88 _b	4.12	8.29*
Desinhibición	9.80 _a	3.27	3.65 _b	2.27	9.31 _a	3.52	3.34 _b	2.22	45.11*
Hambre	7.45 _a	2.59	2.74 _b	2.35	6.30 _a	2.20	2.53 _b	1.96	35.83*
BULIT	101.40 _a	23.35	66.34 _c	12.22	118.59 _b	26.49	58.62 _c	7.26	64.31*
Atracón	31.42 _a	9.71	15.97 _c	3.75	35.07 _b	11.80	14.68 _c	2.85	50.55*
Sentimientos negativos	23.88 _a	6.30	14.11 _c	4.53	27.81 _b	5.87	11.92 _c	2.43	63.55*
Conductas compensatorias	5.85 _a	2.91	4.62 _c	1.37	13.00 _b	5.06	4.32 _c	0.98	52.38*

Nota. TFEQ = Cuestionario de los Tres Factores de la Alimentación; BULIT = Test de Bulimia. Las medias con diferente subíndice difieren estadísticamente con la prueba de Bonferroni. La edad e indicadores antropométricos fueron covariantes.

p < .001

Tabla 15. Análisis de covarianza entre las personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa respecto al Cuestionario de Insatisfacción Corporal y Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal.

Instrumento y factores	TPA n = 35		Sin trastorno TPA n = 35		BN n = 27		Sin trastorno BN N = 27		F
	\bar{X}	DE	X	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
BSQ	135.49 _a	28.03	86.14 _c	24.07	151.37 _b	37.47	62.62 _c	22.77	50.83*
Malestar con la imagen corporal	45.82 _a	8.73	31.65 _b	9.43	50.14 _a	11.62	20.54 _c	8.35	53.89*
Insatisfacción corporal	32.02 _a	10.43	17.71 _c	5.35	39.07 _b	10.69	12.83 _c	3.00	61.74*
CIMEC	49.17 _a	13.79	28.17 _b	11.20	50.74 _a	15.43	15.38 _b	10.32	40.62*
Influencia de la publicidad	16.05 _a	6.94	8.34 _b	4.63	17.66 _a	6.98	2.28 _b	2.55	43.73*
Influencia del modelo estético corporal	8.02 _a	2.62	4.02 _b	2.20	7.88 _a	2.90	2.76 _b	2.20	33.83*
Influencia de las relaciones sociales	4.62	2.45	3.45	2.21	4.29	2.93	2.96	2.03	2.93 n/s

Nota: BSQ = Cuestionario de Insatisfacción Corporal; CIMEC = Cuestionario de la Influencia del Modelo Estético Corporal. Las medias con diferente subíndice difieren estadísticamente con la prueba de Bonferroni. n/s = no significancia. La edad e indicadores antropométricos fueron covariantes.

* p < .001

En la Tabla 16 se muestran las correlaciones entre los síntomas de TCA y los componentes del atracón de personas con TPA. En general, se obtuvieron correlaciones positivas y moderadas. El factor del BULIT que obtuvo las mayores correlaciones fue el *atracción* debido a que se asoció con el *hambre* ($r = 0.71$) y la *desinhibición* ($r = 0.70$) del TFEQ. El factor *sentimientos negativos* correlacionó en menor medida con la *desinhibición* y *hambre* ($r = 0.69, 0.66$, respectivamente), mientras que el factor *conductas compensatorias* del BULIT presentó las menores correlaciones con la *desinhibición* ($r = 0.27$) y *hambre* ($r = 0.31$). Cabe destacar que el BULIT y sus tres factores no se asociaron significativamente con la *restricción alimentaria* del TFEQ.

Tabla 16. Correlaciones entre BULIT y TFEQ y sus respectivos factores en personas con Trastorno por Atracón.

Personas con TPA	TFEQ			
	Restricción alimentaria	Desinhibición	Hambre	Total
BULIT	-.09	.71**	.69**	.64**
Atracón	-.11	.70**	.71**	.62**
Sentimientos negativos	-.02	.69**	.66**	.64**
Conductas compensatorias	.05	.27*	.31**	.32**

Nota. BULIT = Cuestionario de bulimia; TFEQ = Cuestionario de los tres factores de la alimentación.

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 17 se presentan los resultados de la correlación entre sintomatología de TCA y componentes asociados al atracón en la muestra de personas con BN. Se encontraron correlaciones positivas de moderadas a fuertes. El factor del BULIT que obtuvo las mayores correlaciones fue el *atracción*, el cual se asoció con la *restricción alimentaria*, el *hambre*, la *desinhibición* y el total del TFEQ ($r = 0,34, 0.78, 0.86, 0.80$, respectivamente). Los *sentimientos negativos* correlacionaron en mayor medida con la *desinhibición* y con el total del TFEQ ($r = 0.80, 0.87$, respectivamente). Las *conductas compensatorias* obtuvieron las

correlaciones de menor magnitud, se asociaron con la *restricción alimentaria*, la *desinhibición*, el *hambre* y el total del TFEQ ($r = 0.47, 0.71, 0.71, 0.79$ respectivamente). Es importante mencionar que el total del BULIT y sus tres factores obtuvieron las correlaciones más bajas con la *restricción alimentaria*.

Tabla 17. Correlaciones entre BULIT y TFEQ y sus respectivos factores en personas con Bulimia Nerviosa.

Personas con BN	TFEQ			
	Restricción alimentaria	Desinhibición	Hambre	Total
BULIT	.44**	.86**	.82**	.86**
Atracón	.34*	.86**	.78**	.80**
Sentimientos negativos	.49**	.80**	.74**	.87**
Conductas compensatorias	.47**	.71**	.71**	.79**

Nota. BULIT = Cuestionario de bulimia; TFEQ = Cuestionario de los tres factores de la alimentación.

* $p < .05$. ** $p < .001$

En la Tabla 18 se muestran las correlaciones entre síntomas de TCA, componentes asociados al atracón e insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético corporal en personas con TPA. En general se observaron correlaciones de moderadas a fuertes. La *desinhibición* fue el factor del TFEQ que correlacionó en mayor medida con el total del BSQ ($r = 0.70$) y sus factores *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.62$) e *insatisfacción corporal* ($r = 0.66$). El *hambre* correlacionó en menor medida con el total del TFEQ, la *insatisfacción corporal* y el *malestar por la imagen corporal* ($r = 0.67, 0.66, 0.58$). Mientras que la *restricción alimentaria* obtuvo las correlaciones más bajas con el total del BSQ ($r = 0.25$) y *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.31$). Cabe destacar que la *restricción alimentaria* no correlacionó significativamente con la *insatisfacción corporal*.

Tabla 18. Correlaciones entre BULIT, TFEQ y BSQ, CIMEC y sus respectivos factores de personas con Trastorno por Atracón.

	BSQ			CIMEC			
	Malestar con la imagen corporal	Insatisfacción corporal	Total	Influencia de la publicidad	Influencia del modelo estético corporal	Influencia de las relaciones sociales	Total
TFEQ	.70**	.69**	.76**	.70**	.71**	.42**	.78**
Restricción alimentaria	.31**	.16	.25*	.19	.11	.20	.22
Desinhibición	.62**	.66**	.70**	.65**	.71**	.43**	.75**
Hambre	.58**	.66**	.67**	.60**	.67**	.36**	.68**
BULIT	.54**	.79**	.71**	.66**	.77**	.27*	.72**
Atracón	.56**	.81**	.72**	.65**	.76**	.29*	.70**
Sentimientos negativos	.56**	.75**	.71**	.64**	.77**	.28*	.71**
Conductas compensatorias	.26*	.40**	.34**	.49**	.41**	.03	.43**

Nota. BSQ = Cuestionario de Insatisfacción corporal; CIMEC = Cuestionario del modelo estético corporal; TFEQ = Cuestionario de los tres factores de la alimentación; BULIT = Test de bulimia.

*p< .05; **p< .001.

Al considerar los factores socioculturales, se observó que la *desinhibición* del TFEQ obtuvo las mayores correlaciones con éstos, la asociación más alta se presentó con el total del CIMEC ($r = 0.75$) y la más baja con la *influencia de las relaciones sociales* ($r = 0.43$). Cabe enfatizar que la *restricción alimentaria* no correlacionó con el total del CIMEC y sus tres factores.

Respecto a la correlación entre el BULIT y la insatisfacción corporal en mujeres con TPA, se obtuvieron correlaciones de débiles a fuertes, las correlaciones más bajas se observaron entre *conductas compensatorias* del BULIT y el total del BSQ y sus factores *malestar con la imagen corporal e insatisfacción corporal* ($r = 0.34, 0.26, 0.40$, respectivamente), los *sentimientos negativos* presentaron correlaciones de mayor magnitud con la *insatisfacción corporal*, con el total del BSQ y con el *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.75, 0.71, 0.56$, respectivamente). Las correlaciones más altas se observaron entre el factor *atracción* y la *insatisfacción con la imagen corporal*, el total del BSQ y el *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.81, 0.72, 0.56$, respectivamente). Respecto a los síntomas de bulimia y los factores socioculturales asociados a éstos, el total del BULIT y los factores *sentimientos negativos* y *atracción* presentaron la mayores correlaciones con la *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.77, 0.77, 0.76$, respectivamente), mientras que las *conductas compensatorias* mostraron correlaciones moderadas con el total del CIMEC ($r = 0.43$) y sus factores *influencia de la publicidad* ($r = 0.49$) e *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.41$). El total del BULIT y sus factores *atracción* y *sentimientos negativos* presentaron las menores correlaciones con la *influencia de las relaciones sociales* ($r = 0.27, 0.29, 0.28$, respectivamente), es importante señalar que las *conductas compensatorias* no correlacionaron con *influencia de las relaciones sociales*.

En la Tabla 19 se presentan las correlaciones entre la sintomatología de TCA, componentes asociados al atracón y la insatisfacción corporal e influencia del modelo estético corporal en la muestra de mujeres con BN. De manera general, se presentaron correlaciones positivas de moderadas a fuertes. El factor *desinhibición* del TFEQ presentó las mayores correlaciones con el total del BSQ

Tabla 19. Correlaciones entre BULIT, TFEQ Y BSQ, CIMEC y sus respectivos factores de personas con Bulimia Nerviosa.

	BSQ			CIMEC			
	Malestar con la imagen corporal	Insatisfacción corporal	Total	Influencia de la Publicidad	Influencia del modelo estético corporal	Influencia de las relaciones sociales	Total
TFEQ	.86**	.83**	.87**	.81**	.76**	.33*	.83**
Restricción alimentaria	.59**	.45**	.54**	.52**	.55**	.12	.52**
Desinhibición	.75**	.75**	.79**	.73**	.68**	.30*	.75**
Hambre	.67**	.66**	.68**	.63**	.58**	.38**	.66**
BULIT	.86**	.91**	.89**	.84**	.74**	.32*	.74**
Atracón	.75**	.81**	.80**	.75**	.66**	.25	.76**
Sentimientos negativos	.87**	.91**	.90**	.83**	.73**	.34*	.85**
Conductas compensatorias	.81**	.84**	.84**	.75**	.71**	.36**	.77**

Nota. BSQ = Cuestionario de Insatisfacción corporal; CIMEC = Cuestionario del modelo estético corporal; TFEQ = Cuestionario de los tres factores de la alimentación; BULIT = Test de bulimia.

*p< .05; **p< .001

($r = 0.79$) y sus factores *malestar con la imagen corporal* e *insatisfacción con la imagen corporal* ($r = 0.75$, en ambos casos). La *restricción alimentaria* presentó las menores correlaciones, con el total del BSQ ($r = 0.54$) y sus factores *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.59$) y la *insatisfacción corporal* ($r = 0.45$).

Respecto a la correlación entre los componentes asociados al atracón y los factores socioculturales asociados a los mismos en las personas con BN, se encontró que el total del TFEQ presentó las mayores correlaciones con el total del CIMEC y sus factores *influencia de la publicidad* e *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.83, 0.81, 0.76$, respectivamente), la *restricción alimentaria* presentó las menores correlaciones con el total del CIMEC e *influencia de la publicidad* ($r = 0.52$, en ambos casos) y con *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.55$). Cabe destacar que la *restricción alimentaria* no correlacionó con *influencia de las relaciones sociales*.

Entre la sintomatología de bulimia y la insatisfacción corporal se presentaron fuertes correlaciones. El factor *atracción* del BULIT correlacionó con el total del BSQ ($r = 0.80$) y sus factores *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.75$) e *insatisfacción corporal* ($r = 0.81$), las *conductas compensatorias* correlacionaron con el total del BSQ y la *insatisfacción corporal* ($r = 0.84$, en ambos casos) y con el *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.81$), los *sentimientos negativos* presentaron las correlaciones más altas con *insatisfacción corporal*, el total del BSQ y el *malestar con la imagen corporal* ($r = 0.91, 0.90, 0.87$, respectivamente). Respecto a la asociación entre sintomatología de bulimia y los factores socioculturales asociados a los mismos, los *sentimientos negativos* obtuvieron las mayores correlaciones con el total del CIMEC ($r = .85$) y sus factores *influencia de la publicidad* ($r = 0.83$), *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.73$), mientras que el factor *atracción* presentó correlaciones de menor magnitud con el total del CIMEC ($r = 0.76$) y sus factores *influencia de la publicidad* ($r = 0.75$), *influencia del modelo estético corporal* ($r = 0.66$). Las correlaciones más bajas se presentaron entre el total del BULIT y sus factores *sentimientos negativos* y *conductas compensatorias* con la *influencia de las relaciones sociales* del CIMEC ($r = 0.32$,

0.34, 0.36, respectivamente). Cabe destacar que la relación entre el *atracón* y la *influencia de las relaciones sociales* no fue estadísticamente significativa.

De manera general, las personas con TPA obtuvieron más bajas correlaciones entre sintomatología y componentes asociados al atracón, insatisfacción corporal y la influencia del modelo estético corporal comparadas con las personas con BN.

Análisis descriptivo de las conductas compensatorias en las personas con TPA o BN.

Para analizar detalladamente la presencia de conductas compensatorias en personas con TPA y personas con BN se calcularon los porcentajes y la ocurrencia de dichas conductas con base a las preguntas, 8, 8a, 9, 9a, b, c, 10, 10a, 11, 11a, del QEWP-R. Como se observa en la Tabla 20, el 18.1% de las personas con TPA realizaban restricción alimentaria posterior a un atracón, de las cuales el 11% lo realizaba más de dos veces por semana, mientras que el 69.9% de las personas con BN realizaban restricción alimentaria, de este porcentaje el 60.1% lo realizaba más de dos veces por semana. Respecto a la realización de ejercicio más de una hora para impedir la ganancia de peso, se observó que un 31.3% de las personas con TPA presentaban esta conducta de las cuales el 30.8% la realizaba más de dos veces por semana, mientras que el 73.9% de las personas con BN realizaban ejercicio más de una hora para impedir la ganancia de peso y de este porcentaje el 64.6% lo realizaban más de dos veces por semana. En relación a la provocación del vómito más de dos veces por semana, se observó que las personas con TPA presentaban en menor porcentaje comparado con las personas con BN (16.7% vs 76.2%). En el uso de laxantes un mayor porcentaje de personas con BN indicaron emplear este tipo de productos en comparación con las personas con TPA (93.3% vs 64.7%), mientras las personas con TPA utilizaban diuréticos en mayor porcentaje comparadas con las personas con BN (35.3% vs 6.7%).

Tabla 20. Porcentajes y frecuencia de conductas compensatorias de personas con Trastorno por Atracón o Bulimia Nerviosa con base al Cuestionario de Patrones de peso y Alimentación-Revisado.

Tipo de conducta	TPA n = 35		BN N = 27	
	Porcentaje total	Porcentaje más de dos veces por semana	Porcentaje total	Porcentaje más de dos veces por semana
Restricción alimentaria posterior a un atracón	18.1	11	69.6	60.1
Ejercicio más de 1 hr. para impedir la ganancia de peso	31.3	30.8	73.9	64.6
Provocación del vómito	33.4	16.7	91.3	76.2
Uso de laxantes	64.7	-	93.3	-
Uso de diuréticos	35.3	-	6.7	-

Nota. En los renglones indicados con guión no se tiene la ocurrencia del uso de medicamentos para controlar el peso debido a que con el cuestionario no se proporciona estos datos.

De manera general, las personas con BN mostraron mayores porcentajes de conductas compensatorias de tipo purgativo y no purgativo comparadas con las personas con TPA con excepción del uso de diuréticos.

Análisis discriminante considerando los indicadores antropométricos, síntomas de TCA y factores socioculturales.

Finalmente, se realizó un análisis de función discriminante entre las personas con BN y personas con TPA, considerando los indicadores antropométricos, síntomas de TCA y factores socioculturales relacionados a los mismos. El primer análisis discriminante se consideraron las variables *IMC*, *porcentaje de grasa* y *peso* (véase Tabla 21). Los resultados encontrados mostraron que el *IMC* fue el único indicador antropométrico que reveló discriminar adecuadamente entre las personas con BN o con TPA, debido a que valor de

Lambda fue de (0.45) y obtuvo la mayor correlación de la variable con la función discriminante (1.0). El porcentaje total de casos correctamente clasificados con el *IMC* fue alto (95.7%).

Tabla 21. Análisis de función discriminante de indicadores antropométricos de personas con Bulimia Nerviosa (n =27) o Trastorno por Atracón (n = 35).

Variables	<i>Lambda de Wilks</i>	Correlación canónica	Coefficiente de función discriminante estandarizada	Correlación de variable con la función discriminante
Índice de masa corporal	.45	.74	1.0	1.0*
Peso			.71	.01
Porcentaje de grasa			.47	-.02
Clasificaciones por casos				
Indicadores antropométricos	Trastorno por Atracón		Bulimia Nerviosa	
	Trastorno por atracón	100%	0	
Bulimia Nerviosa	15.4%	84.6%		
Porcentaje total de casos correctamente clasificados 95.7%.				

*p < .001

Para la segunda función discriminante entre las personas con TPA o personas con BN se consideraron los síntomas de TCA. En la Tabla 22 se observa que las variables evaluadas fueron *atracción, sentimientos negativos, conductas compensatorias, insatisfacción corporal, restricción alimentaria, desinhibición y hambre*. Las *conductas compensatorias* mostraron discriminar correctamente entre las personas con BN y personas con TPA debido a que el valor de *Lambda* fue de (0.34) y obtuvo la mayor correlación entre la variable y la función discriminante (0.72). Se observó un porcentaje alto de casos correctamente clasificados por las *conductas compensatorias* (89.5%) entre las personas con TPA y personas con BN.

Tabla 22. Análisis de función discriminante de síntomas de trastorno alimentario de personas con Bulimia Nerviosa (n =27) o Trastorno por Atracón (n = 35).

Variables	Lambda de Wilks	Correlación canónica	Coefficiente de función discriminante estandarizada	Correlación de variable con la función discriminante
Conductas compensatoria	.34	.81	1.05	.72*
Insatisfacción corporal			.37	.32
Sentimientos negativos			.26	.30
Hambre			-.68	-.20
Atracón			-.63	.17
Desinhibición			.23	-.10
Restricción alimentaria			-.42	-.07

Conductas compensatorias	Clasificaciones por casos	
	Trastorno por Atracón	Bulimia Nerviosa
Trastorno por atracón	94.3%	5.7%
Bulimia Nerviosa	18.2%	81.8%

Porcentaje total de casos correctamente clasificados 89.5%.

* p < .001

La tercera función discriminante se realizó con los factores sociales asociados a los TCA como la *influencia del modelo estético corporal*, la *influencia de la publicidad* y la *influencia de las relaciones sociales*. Como se observa en la Tabla 23 las tres variables analizadas no discriminaron entre las personas con BN y las personas con TPA. Los valores de la correlación de variable con la función discriminante fueron estadísticamente no significativos, por tanto, tuvieron nula capacidad de discriminación de estas variables entre las personas con BN o las personas con TPA. El porcentaje total de casos correctamente clasificados fue de 57.4%, lo que indicó que los grupos se encontraban mezclados.

Tabla 23. Análisis de función discriminante de factores sociales de personas con Bulimia Nerviosa (n =27) o Trastorno por Atracón (n = 35).

Variables	<i>Lambda de Wilks</i>	Correlación canónica	Coefficiente de función discriminante estandarizada	Correlación de variable con la función discriminante
Influencia de la publicidad	.95	.22	-1.26	.51 n/s
Influencia de las relaciones sociales			.58	.37
Influencia del modelo estético corporal			.82	.16
Clasificaciones por casos				
Factores socioculturales	Trastorno por Atracón		Bulimia Nerviosa	
	Trastorno por atracón	67.6%	32.4%	
Bulimia Nerviosa	55.6%	44.4%		
Porcentaje total de casos correctamente clasificados 57.4%.				

n/s = no significancia

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar en mujeres mexicanas si las variables edad, indicadores antropométricos, insatisfacción corporal, atracón, sentimientos negativos posteriores al atracón, restricción alimentaria, conductas compensatorias e influencia del modelo estético corporal caracterizaban a personas con TPA y si estas variables permitían discriminar entre las personas con TPA y BN.

A trece años de la aparición del TPA en el DSM-IV (APA, 1994) clínicos e investigadores han reportado diferentes porcentajes de personas con TPA, en dichos estudios se han utilizado diferentes metodologías y diferentes instrumentos de screening o tamizaje. Por ejemplo, en los estudios realizados por Spitzer, et al. (1992) y Spitzer et al. (1993), en los que se evaluó con el cuestionario de autoreporte QEWP se encontró que entre el 28.0% y el 31.9% de personas que asistían a programas para control y reducción de peso presentaban TPA. Empleando una entrevista diagnóstica con base en los criterios del DSM-IV (APA, 2000), Kalman, Cascarano, Krieger, Incledon y Woolsey (2002) diagnosticaron al 22% con TPA en una muestra de personas que asistían a programas para control y reducción de peso. En estudios realizados en dos etapas (cuestionarios y entrevista diagnóstica), Ramacciotti et al. (2000) identificaron una prevalencia del 18.1% de personas con TPA en una muestra de personas italianas que asistían a clínicas para reducción de peso, mientras que en muestras comunitarias (personas reclutadas vía telefónica y personas que asistían a ejercicio aeróbico) se reveló que entre 3.3% y 5.5% fueron diagnosticados con TPA (Kinzi, Traweger, Trefalt, Mangweth & Biebl, 1999; Martínez, 2005, respectivamente). El diagnóstico de TPA del presente estudio se efectuó en dos etapas, los resultados mostraron que el 12.6% de la muestra presentó TPA y el 8.4% presentó TPA parcial. Considerando en un sólo grupo a las personas con TPA y TPA parcial identificadas en las clínicas para control de peso pertenecientes al IMSS se obtiene el 21%, este resultado es similar al porcentaje reportado por Ramacciotti et al. (18.1%) con el mismo tipo de muestra y con la misma metodología empleada

para realizar el diagnóstico de TPA. Esta coincidencia es importante porque evidencia la confiabilidad de los estudios de dos etapas.

En el presente estudio las personas que presentaron atracón, pérdida de control sobre la ingestión de alimentos, sentimientos negativos posteriores al atracón, ausencia de conductas compensatorias, y que no cumplieron con el criterio de frecuencia de atracones (dos días a la semana durante un periodo de seis meses) fueron consideradas como TPA parcial. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y TPA parcial respecto a la edad, indicadores antropométricos, variables psicopatológicas relacionadas a los TCA y factores socioculturales asociados a los mismos, por lo que se consideraron como un sólo grupo. Estos resultados son consistentes con los reportados en otros estudios en los que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y TPA parcial respecto a preocupación por el peso y forma corporal (Crow et al., 2002; Striegel-Moore, Wilfley, Elder & Brownell 2000), ansiedad y depresión Striegel-Moore et al. (2000), restricción alimentaria (Crow et al., 2002). Diferentes investigadores, también han indicado que son más las similitudes que las diferencias entre las personas con TPA y TPA parcial (Berrocal & Ruiz 2002; Cachelin et al., 1999). Otros investigadores reconocen que llamar a los TANE's, como trastornos "parciales, subclínicos, no clínicos o atípicos" pueden parecer menos severos que un trastorno completo (Fairburn & Bohn 2005; Chamay-Weber, Narring & Michaud, 2005). Sin embargo, se considera que la diferencia entre las personas con TPA y TPA parcial radica en el grado en el que se manifiestan los síntomas. Con estos resultados se apoya la teoría de la continuidad, en la cual se propone que la sintomatología de TCA ocurren en un continuo que actúa desde los TANE hasta llegar a lo trastornos completos (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000).

En relación a los indicadores antropométricos, el promedio de IMC de las personas con TPA de este estudio fue de 35.42, el cual indica mayor riesgo de desarrollar enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, accidentes cardiovasculares, etc. debido a que los valores encontrados están por arriba de los

parámetros de normalidad para su sexo, edad y estatura (Vargas & Casillas, 1993). Asimismo, el IMC de las personas con TPA indicó obesidad tanto con los criterios de la NOM (≥ 27) como con los criterios de la OMS (obesidad de segundo grado, 35.0 - 39.9). Este resultado se encuentra dentro del rango de IMC (25.11 – 37.70) reportado por diferentes investigadores en los que se ha evaluado el IMC en personas con TPA (Jackson et al., 2002; Mitchel et al., 1999; Santonastaso et al., 1999; Striegel-Moore et al., 2001; Vervaeet et al., 2004).

El ICC de las personas con TPA ($\bar{X} = 0.85$) también indicó riesgo para la salud, el valor encontrado indica que la distribución de grasa corporal es de tipo androide (en la parte superior del cuerpo) la cual presenta alta correlación con enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares crónicas (ateroesclerosis, hipertensión arterial e infartos). Este indicador supera los valores normales para mujeres mexicanas que se ubica entre 0.71 y 0.84, establecidos por Vargas y Casillas (1993). Respecto al promedio de porcentaje de grasa de las personas con TPA 38.58, también se encontró que está por arriba de los parámetros de normalidad (20% a 32%) establecido por Bray (1998), es decir, se podían considerar como obesas y en riesgo de desarrollar enfermedades.

El IMC promedio de las personas con BN de este estudio fue de 23.35, el cual indicó que son personas con peso normal tanto con el criterio nacional NOM como para el criterio internacional OMS. Por tanto, no se encuentran en riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares crónicas como aterosclerosis, hipertensión arterial e infartos (Vargas & Casillas, 1993). El ICC ($\bar{X} = 0.82$) indicó que la distribución de la grasa corporal de las personas con BN se ubicó dentro de los parámetros considerados como normales (0.71 y 0.84) y no pone en riesgo la salud de estas mujeres. El promedio de porcentaje de grasa de las mujeres con BN fue de 30.80, se localiza dentro del rango considerado como normal (20% a 32%) e indica que estas mujeres no se encuentran en riesgo de desarrollar enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, accidentes cardiovasculares, etc.

De este modo, contamos con valores de tres indicadores antropométricos (IMC, ICC y porcentaje de grasa) los cuales muestran mayor riesgo para la salud en las personas con TPA comparadas con las personas con BN. Al evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y las personas con BN respecto a los indicadores antropométricos, se encontró que las personas con TPA presentaban mayor IMC y mayor porcentaje de grasa. En cuanto a los promedios de ICC de las personas con TPA y las personas con BN (0.85 y 0.82, respectivamente), no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, para los valores establecidos por Vargas y Casillas (1993), las personas con BN no se encontraron en riesgo de desarrollar enfermedades comparadas con las personas con TPA.

Las personas sin TPA de este estudio presentaron los siguientes promedios respecto a IMC = 33.12 y porcentaje de grasa = 36.90, dichos promedios no mostraron diferencias estadísticamente significativas con los promedios de las personas con TPA. Las personas sin TPA de acuerdo a los indicadores antropométricos también se encontraron en riesgo de desarrollar enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, accidentes cardiovasculares, etc. Este resultado coincide con la investigación realizada por Berrocal y Ruíz (2003) quienes reportaron que las personas con TPA o sin TPA presentaban un IMC similar. Esta similitud pueda explicarse porque tanto las personas con TPA como las personas sin TPA consumen grandes cantidades de alimento, hecho que en ocasiones justifica su elevado peso corporal, quizá la diferencia son las características psicológicas vinculadas con el acto de comer (Fassino, Leombruni, Piero, Abate-Daga & Giacomo, 2003).

En relación a la edad las personas con TPA ($\bar{X} = 41.17$) también fue significativamente mayor comparada con la de las personas con BN ($\bar{X} = 20.33$) estos resultados son consistentes con los encontrados por diferentes investigadores quienes han reportaron que las personas con TPA son personas adultas y obesas comparadas con las personas con BN (Jackson et al., 2002; Mitchel et al., 1999; Santonastaso et al., 1999; Striegel-Moore et al., 2001; Vervaet

et al., 2004). En la revisión de la literatura se refirió que el rango de edad de las personas en las que prevalece el TPA es de 29.86 – 42.00, el dato hallado en este estudio se encuentra dentro de este rango.

Respecto a los síntomas de TCA las mujeres con TPA rebasaron punto de corte nacional del BULIT (≥ 85 , $\bar{X} = 101.40$). Como era de esperarse las personas con BN obtuvieron mayores puntuaciones promedio del BULIT ($\bar{X} = 118.59$) en comparación con las personas con TPA. Se observó que las personas con TPA y BN comparten características como el atracón y los sentimientos negativos posteriores al atracón. Respecto a los componentes asociados al atracón evaluados con el TFEQ como desinhibición, hambre y dieta restrictiva, estuvieron presentes con la misma magnitud tanto en personas con TPA como en personas con BN. En el estudio realizado por Peterson et al. (1998) quienes evaluaron con el TFEQ a un grupo de personas con TPA, encontraron puntuaciones similares a las del presente estudio en cuanto a desinhibición, hambre y dieta restrictiva, lo que manifiesta que estos rasgos son clínicamente importantes en las personas con TPA.

Respecto a la insatisfacción corporal que es considerada en los criterios diagnósticos para BN pero no para las personas con TPA. En este estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el total del BSQ y la insatisfacción corporal, obteniendo mayores puntuaciones las personas con BN comparadas con las personas con TPA. No obstante, cabe señalar que las personas con TPA rebasaron el punto de corte nacional del BSQ (≥ 110 ; $\bar{X} = 135.49$). Estos resultados son consistentes con los reportados en diferentes estudios en los que se evaluó con el BSQ y se encontró que las personas con TPA rebasaron el punto de corte internacional (≥ 105 ; Berrocal & Ruiz 2002; Grillo & Masheb 2005; Hilbert & Tuschen-Caffier 2004; Jackson et al., 2002; Masheb & Grilo 2000). En otros estudios en los que se evaluó con instrumentos diferentes al BSQ, también se observó la presencia de insatisfacción corporal en personas con TPA (Striegel-Moore, et al. 2004; Fitcher, 1993). Garduño y Nieto (2002) también documentaron la presencia de insatisfacción corporal en una muestra de mujeres

adultas mexicanas, a pesar de que un alto porcentaje (61%) de personas adultas presentaban peso normal. El resultado obtenido en este estudio en relación a la insatisfacción corporal es importante porque, aún cuando la insatisfacción corporal no es criterio diagnóstico para TPA, ésta se encuentra de manera importante en personas con esta psicopatología. Asimismo, algunos clínicos que también han identificado niveles altos en la insatisfacción corporal han decidido incorporarla en sus programas de tratamiento (Fitcher, 1993; Hilbert et al., 2004; Grilo & Masheb, 2003; Pratt et al., 2001).

Referente los factores socioculturales asociados a los TCA no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas con TPA y las personas con BN evaluadas con el CIMEC ($X = 49.17, 50.74$, respectivamente). Estos resultados indicaron que tanto las mujeres con TPA como las mujeres con BN mostraron estar influidas por el interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes y por el modelo estético corporal de delgadez. Si tomamos en cuenta el punto de corte internacional del CIMEC (23 - 24), las personas con TPA y las personas con BN de este estudio se encuentran muy por arriba de éste. La influencia del modelo corporal y la relación con síntomas de TCA han sido bien documentadas en población juvenil mexicana (Vázquez et al., 2000; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002). Los resultados aquí encontrados ponen de manifiesto que la presencia de la influencia de modelo estético corporal también está presente en personas de mayor edad. Resultado que es consistente con el estudio realizado por Garduño y Nieto (2002), quienes en su estudio con mujeres adultas mexicanas (rango de edad 36-46), también encontraron un resultado similar debido a que la influencia del modelo estético de delgadez estaba presente en el 62.5% de las personas adultas, dicho porcentaje fue mayor al observado en las adolescentes y jóvenes. Asimismo, López et al. (2004) señalaron que una muestra de pacientes obesos quienes fueron divididos en dos grupos: con atracón (edad promedio 28.21) y sin atracón (edad promedio 27.12), ambos grupos rebasaron el punto de corte internacional del CIMEC ($X = 43.48, X = 28.48$, respectivamente).

Cabe señalar que las personas con TPA presentaron mayor sintomatología de TCA, insatisfacción corporal e influencia del modelo estético corporal, en comparación con las personas sin TPA. Este resultado es consistente con el encontrado por Berrocal y Ruíz (2002) quienes reportaron que la insatisfacción corporal y los síntomas de TCA caracterizaron a personas con TPA y no a las personas sin TPA. De esta manera, sugirieron que las personas obesas sin TPA conforman un grupo diferenciado de los obesos con TPA.

En las correlaciones entre sintomatología de TCA y los componentes asociados al atracón en las mujeres con TPA, se encontró que el atracón presentó fuerte asociación con la desinhibición y el hambre, es decir, que cuando las personas presentaban atracones también estaba presente la falta de control sobre su alimentación y la sensación de hambre. Este resultado muestra que el atracón que presentaban las personas con TPA tenía las características psicopatológicas mencionadas por Fairburn (1998). Asimismo, los sentimientos negativos correlacionaron con la desinhibición y el hambre; mientras que las conductas compensatorias correlacionaron débilmente con la desinhibición y el hambre. Estos resultados coinciden con el cuadro clínico de las personas con TPA, quienes se caracterizan por recurrentes atracones con sensación subjetiva y manifestaciones comportamentales de falta de control sobre los mismos. Después del atracón el paciente experimenta un profundo malestar y por lo general no muestra conductas compensatorias (Castonguay, Eldredge & Agras, 1995; Cooper & Fairburn, 2003; García-Camba, 2001; Guisado & Vaz, 2001; Hagan et al., 2002; Howard & Porzelius 1999). Cabe señalar que una pequeña proporción de la muestra con TPA presentó conductas compensatorias principalmente de tipo no purgativas, por lo que se sugiere que en futuros trabajos se analice la frecuencia y las conductas compensatorias de tipo no purgativo en personas con TPA. Cabe señalar que el atracón, los sentimientos negativos y las conductas compensatorias de las personas con TPA presentaron correlaciones no significativas con la restricción alimentaria, resultado que es consistente con lo encontrado por Masheb y Grilo (2000), quienes sugirieron que la dieta restrictiva no estaba relacionada con el atracón. No obstante, en otros estudios si se ha encontrado que la dieta y el

atracón estaban presentes en una muestra de personas con TPA (Spurrell, Winfley, Tanofsky & Brownell, 1997).

Las correlaciones encontradas en la muestra con BN en relación a la sintomatología de TCA fueron mayores en comparación con las correlaciones obtenidas en las personas con TPA. Específicamente se encontró que en las mujeres con BN el atracón, los sentimientos negativos y las conductas compensatorias presentaron fuertes correlaciones con la desinhibición, el hambre y la restricción alimentaria. Estos resultados coinciden con las descripciones clínicas de la BN, la cual se caracteriza por la presencia de episodios de ingestión de una gran cantidad de alimento, paralelamente se experimenta la sensación de pérdida de control sobre los mismos y se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar los efectos sobre el peso (Feinholz, 1997; Toro, 1998; Turón, 1997; Raich, 1994). Respecto a la relación encontrada entre el atracón y la restricción alimentaria es un resultado que coincide con lo mencionado por algunos autores quienes encontraron que la práctica casi universal de la dieta restrictiva en las personas con BN ha llevado a establecer la relación dieta-atracón (Toro, 1998, Polivy & Herman, 2002). Por su parte, Pederson et al. (1997) con los resultados de su estudio con mujeres con BN apoyaron la hipótesis que la dieta es un factor de riesgo importante pero no necesariamente precursor del atracón. Al respecto Álvarez (2006) encontró que en una muestra de mujeres mexicanas en las que se incluía mujeres con BN, la relación dieta-atracón estuvo mediada por la influencia del modelo estético corporal y la preocupación por la comida.

En general, se observaron asociaciones de mayor magnitud entre sintomatología de TCA y la insatisfacción corporal en las mujeres con BN comparadas con las mujeres con TPA. Es decir que en las mujeres con BN el atracón, los sentimientos negativos posteriores al atracón y las conductas compensatorias, se asociaron fuertemente con el malestar con la imagen corporal y la insatisfacción corporal. Este resultado es importante si se considera que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo de los atracones en las mujeres con

TCA (Daniels, 1996; Womble et al., 2001). Además se ha encontrado que es una variable más relevante en las muestras con BN que en las muestras con TPA.

En relación a las asociaciones entre los síntomas de TCA y factores socioculturales se observó que en personas con TPA la desinhibición y el hambre estuvieron presentes ante la influencia de la publicidad, la influencia del modelo estético corporal y la influencia de las relaciones sociales. Se destaca que la restricción alimentaria no se asoció significativamente con los factores socioculturales. Mientras que en las personas con BN se presentó una relación de mayor magnitud entre la desinhibición y la influencia de la publicidad comparada con la encontrada en las personas con TPA. Cabe destacar que la restricción alimentaria de las personas con BN correlacionó con la influencia del modelo estético corporal. Asimismo, en las personas con BN destaca la relación de mayor magnitud entre las conductas compensatorias y la influencia del modelo estético en comparación con las personas con TPA. Cabe señalar que tanto en las personas con TPA como en las personas con BN, la influencia de las relaciones sociales se asoció en menor medida con los síntomas de TCA y los componentes asociados al atracón. Al respecto, Álvarez (2006) también encontró asociaciones débiles entre el atracón y la influencia del modelo estético corporal y la influencia de las relaciones sociales en una muestra clínica que incluía mujeres con BN.

El análisis de las conductas compensatorias en personas con TPA y personas con BN, con base a las preguntas del QEWP-R que evalúan dichas conductas, mostró que las estrategias compensatorias para reducir el peso corporal se encuentran presentes en personas con TPA pero en menor frecuencia que las personas con BN, este resultado confirma lo encontrado por otros autores (Vervaet et al., 2004; Speranza et al., 2003; Johnson et al., 2001; Peterson et al., 1998). Posiblemente los mayores IMC encontrados en las personas con TPA pueden explicarse debido a que estas personas llevan a cabo en menor frecuencia las conductas compensatorias para remediar la cantidad de comida consumida durante el atracón.

El análisis discriminante mostró que de los síntomas de TCA, factores socioculturales asociados a los mismos e indicadores antropométricos, el IMC y las conductas compensatorias fueron adecuados discriminadores entre las personas con TPA y las personas con BN. Particularmente el *IMC*, clasificó correctamente un alto porcentaje total de casos (95.7%), específicamente, clasificó al 100% de las personas con TPA y al 84.6% de las personas con BN. Este resultado es importante debido a que no se tiene información de que se haya realizado un análisis de este tipo y se sugiere que el *IMC* pueda ser tomado en cuenta para caracterizar a las personas con TPA. Estos datos indicaron que el *IMC* es una característica distintiva de las personas con TPA, es decir, que mayores IMC (principalmente clasificados en la categoría de obesidad) son asociados a las personas con TPA e IMC clasificados en la categoría de normopeso o algunos casos en clasificados como sobrepeso son asociados a BN.

Respecto a las *conductas compensatorias* también mostraron ser un buen discriminador entre las personas con TPA y las personas con BN. Las *conductas compensatorias* clasificaron un alto porcentaje total de casos (89.5%), particularmente, clasificaron al 94.3% de las personas con TPA y al 81.8% de las personas con BN. Desde la aparición en el DSM-III (APA, 1980) la BN, incluye como rasgo central el uso de conductas compensatorias con la finalidad de no ganar peso causado por el atracón, este resultado confirma que las conductas compensatorias son un buen discriminador entre las personas con BN debido a su presencia después de los atracones, mientras que en las personas con TPA el empleo de conductas compensatorias es en menor frecuencia o bien están ausentes.

Finalmente, ninguno de los factores socioculturales mostró capacidad para discriminar entre personas con TPA y personas con BN. El porcentaje total de casos correctamente clasificados fue de 57.4%, el cual indicó que los grupos se encuentran mezclados, es decir, que los factores socioculturales asociados a los TCA se encuentran presentes tanto en personas con TPA como en las personas con BN.

Algunas de las limitantes que se presentaron en este estudio son las siguientes: a) Debido a que se trató de una muestra no probabilística de tipo intencional y no es representativa de dicha población, no es posible generalizar los datos a pacientes que acuden a clínicas para control y reducción de peso; b) La falta de un grupo de mujeres con BN de tipo no purgativo, c) No fue posible incluir hombres, debido a que fueron sólo mujeres quienes asistieron a los programas para control y reducción de peso; d) Los cuestionarios utilizados en el presente estudio poseen adecuadas propiedades psicométricas, mismas que fueron evaluadas en población juvenil. En el caso de la muestra con TPA fueron mujeres de mayor edad, por lo que es necesario tomar en cuenta este aspecto; y e) El tipo de estudio fue transversal, por tanto, se evaluó un sólo momento sin pretender evaluar la evolución de las variables.

La fortaleza del presente estudio radica en la aportación de información relevante en la caracterización del TPA en una muestra de mujeres mexicanas, a pesar del tamaño de la muestra.

CONCLUSIONES

- Apoyados en la presente investigación, se comparte la noción que la BN y el TPA son trastornos diferentes; la edad, el IMC, el ICC, el porcentaje de grasa, la insatisfacción corporal, el atracón, los sentimientos negativos posteriores al atracón, la restricción alimentaria y las conductas compensatorias corroboran esta tesis.
- Un porcentaje importante de personas que asisten a programas para reducción y control de peso (21%) fueron diagnosticadas con TPA.
- Las personas afectadas con TPA además de los problemas psicológicos inherentes al trastorno se encuentran en mayor riesgo de desarrollar enfermedades, como diabetes, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, infartos, etc.
- Las personas con TPA presentaron niveles importantes de insatisfacción corporal, aún cuando esta variable no es considerada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2000).
- Las personas mexicanas diagnosticadas con TPA que asisten a clínicas para control y reducción de peso también están influidas por el modelo estético de delgadez en la misma magnitud que las adolescentes y jóvenes mexicanas de preparatorias y universidades.
- El IMC mostró ser adecuado discriminador entre las personas con TPA y BN. Con los resultados de este estudio se sugiere tomar en cuenta el IMC para caracterizar a las personas con TPA.
- Las conductas compensatorias también mostraron ser buen discriminador entre las personas con BN y las personas con TPA.

- Cabe mencionar, que no existen estudios que hayan reportado los resultados aquí encontrados respecto a las variables discriminadoras como el IMC y las conductas compensatorias. Por lo que es necesario continuar las investigaciones en estas variables para robustecer estos hallazgos.

REFERENCIAS

- Álvarez, R. G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, R. G. (2006). Modelos de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. & Vázquez, A. (2000). Propiedades psicométricas el Test de Bulimia (BULIT). Psicología Contemporánea, 7(1), 74-85.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statical manual of mental disorder (3a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statical manual of mental disorder (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statical manual of mental disorder (4a. ed. Revisada). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- Arroyo P, Loría A, Fernández V, Flegal, K. Kuri-Morales P, Olaiz G, et al. (2000). Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult mexican in comparison with large surveys. Obesity Research. 8, 179-185.
- Barbany, M. & Foz, M. (2002). Obesidad: Concepto, clasificación y diagnóstico. Anales Sis San Navarra, 25 (Suppl. 1), 7-16.
- Barquera, F. S., Barquera, S., García, E., González-Villalpando, C., Hernández A. M., Lonngi, G. et al. (2003). Obesidad en el adulto. Práctica Médica Efectiva, 5 (2).

- Berrocal, C. & Ruiz, M. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. Revista Internacional de Psicología y de la Salud, 2 (3), 407-424.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. Anales Sis San Navarra, 25 (Supl. 1), 109-115.
- Bray, A. G. (1998). What is the ideal body weight? Journal of Nutritional Biochemistry, 9, 489-492.
- Cachelin, F. M, Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E. & Fairburn, C. G. (1999). Natural Course of a community sample of women with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorder, 25, 45-54.
- Castonguay, G., Eldredge, L., & Agras, S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. Clinical Psychological Review, 15 (8), 865-890.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. (1987). The Eating disorder examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 6, 1-8.
- Cooper, Z. & Fairburn, G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and non purging bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders 34, (suppl.), 89-95.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6, 485-494.
- Crow, J., Agras, S., Halmi, K., Mitchell, E. & Kraemer, C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. International Journal of Eating Disorders, 32, 309-318.

- Chamay-Weber, C., Narring, F., Michaud, P. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. Journal of Adolescent Health, 37, 417-427.
- Chiprut, R., Castellanos, A., Sánchez, C., Martínez, D., Cortez, M., Chiprut, R. et al. (2001). La obesidad en el siglo XXI Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gaceta Médica México, 137 (4), 323-334.
- Chua, J., Touyz, S. & Hill, A. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eater: an experimental study. International Journal of Obesity, 28, 606-610.
- Daniels, E. K. (1996). Binge eating disorder: A validation study. Dissertation Abstracts International, 57, 4025.
- Fairburn, G. (1998). La Superación de los Atracones de Comida. México: Paidós.
- Fairburn, G. & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. Behaviour Research and Therapy, 43, 691-701.
- Fairburn, G. & Harrison, P. (2003). Eating disorders. The Lancet, 361 (1), 407-416.
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Abate-Daga, G. & Giacomo, G. (2003). Mood eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. Journal of Psychosomatic Research, 54, 559-566.
- Feinholz, D. (1997). Anorexia y bulimia. Aspectos psicológicos. Cuadernos de nutrición, 20 (5), 10-16.
- Fernández, V. & Loría, A. (2005, enero-marzo). La obesidad hoy. Nutrición Hoy, 1 (1), 1-2.
- Fichter, M., Quadflieg, N. & Brandl. (1993). Recurrent overeating: an empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. International Journal of Eating Disorder, 14 (1), 1-16.

- Frisancho, A. R. (1990). Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. The University of Michigan Press, USA.
- Galán, J. J. (2004). Validación en población mexicana del body shape questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- García, G. E. et al. (Ed.). (1992). Diccionario de la real academia de la lengua española. (21ª. ed. Tomo 1) España: Espasa Calpe.
- García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. España. Masson.
- Garduño, D. J. & Nieto, G. M. (2002). Imagen corporal en mujeres mexicanas pertenecientes a tres grupos de edad: un estudio exploratorio. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Geliebter, A. (2002). New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome. Appetite, 39, 175-177.
- González, B. (2002). Obesidad: problema de salud pública en México. Nutrición Clínica, 5 (4), 213-218.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behavior, 7, 47-55.
- Grilo, M. & Masheb, M. (2002). Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 183-188.
- Grilo, M. & Masheb, M. (2004). Night-time eating in men and women with binge eating disorder. Behavior Research and Therapy, 42, 397-407.

- Grilo, M. & Masheb, R. (2005). Correlates of body image dissatisfaction in treatment seeking men and women with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 38 (2), 162-166.
- Guisado, J. & Vaz, F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o <binge eating disorder>. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 21 (77), 27-32.
- Hagan, M., Shuman, E., Oswald, K., Corcoran, K., Profit, J., Blakburn, K., Schwiebert, M., Chandler, P. & Birbaum, M. (2002) Incidence of chaotic eating behaviors in binge eating disorder: contributing factors. Behavioral Medicine, 28, 99-105.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioral therapy of binge-eating disorder: a component analysis. Behavior Research and Therapy, 42, 1325-1339.
- Howard, C. & Porzelius, L. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications. Clinical Psychology Review, 19, 25-44.
- Jackson, D., Grilo, G. & Masheb, M. (2002). Teasing history and eating disorder features: an age-and body mass index matched comparison of bulimia nervosa and binge-eating disorder. Comprehensive Psychiatry, 43 (2), 108-113.
- Johnson, J. Spitzer, R. & Williams, J. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynecology patients. Psychological Medicine, 31 (8), 1455-1466.
- Kalman, D., Cascarano, H., Krieger, D., Incledon, T. & Woolsey, M. (2002). Frequency of binge eating disorder in an outpatient weight loss clinic. Journal of the American Dietetic Association, 102 (5), 697-699.

- Kauffer, H. M. & Ávila, R. H. (2003). ¿Somos obesos? Evaluación antropométrica de la obesidad en el adulto. Cuadernos de Nutrición, 26 (1), 21-28.
- Kjelsas, E. & Buch, G. (2004). Antecedents and consequences of binge eating episodes in women with an eating disorder. Eating Weight Disorder, 9 (1), 7-15.
- Kinzl, F., Traweger, Ch., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. International Journal of Eating Disorder, 25, 287-292.
- Kutlesic, 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, 10 (1), 41-48.
- López, A. X. (manuscrito no publicado). Una caracterización del trastorno por atracón y su relación con la obesidad y bulimia nerviosa en población mexicana. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, A., Mancilla, D., Vázquez, A., Álvarez, R., Franco, P. & Ocampo, T. (2004, mayo). An exploratory study on anthropometrics parameters, cultural influences and body dissatisfaction in binge obese Mexicans. Sesión de cartel presentada en AED 2004 International Conference on Eating Disorders, Orlando, Florida, EE. UU.
- Macías, M. N. (2002). Evaluación de la composición corporal del paciente obeso. Nutrición Clínica, 5 (4), 272-278.
- Mancilla-Díaz, J., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, X., Álvarez, R. G., Ocampo, T. M. (2007). Prevalence of eating disorders in Mexico. European Eating Disorders Review, 15, 1-8.

- Manwaring, J., Hilbert, A., Wilfley, D., Pike, K., Fairburn, C., Dohm, F. et al. (2006). Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 39 (2), 101-107.
- Martínez, C. L. (2005). Comportamiento alimentario, sintomatología de ansiedad, depresión y TPA en tres grupos de mujeres mexicanas: normopeso, sobrepeso y obesas. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Masheb, M. & Grilo, M. (2000). On the relation of attempting to lose weight, restraint, and binge eating in outpatients with binge eating disorder. Obesity Research, 8 (9), 638-645.
- Masheb, M. & Grilo, M. (2003). The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 33 , 333-341.
- Méndez, R. I., Namihira, G. D., Moreno, A. L. & Sosa, M. C. (2001). Protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. México: Trillas.
- Mitchell, J., Mussell, M., Peterson, C., Crow, S., Wonderlich, S., Crosby, C. et al. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. International Journal of Eating Disorder, 26, 165-170.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M. et al. (2006). Capítulo 2: Nutrición. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública ISBN 970-9874-17-9, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Régimen alimentario, nutrición y actividad física. 132^a. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C. 23-27 de junio de 2003.

- Oria, E., Lafita, J., Petrina & Argüelles, I. (2002). Composición corporal y obesidad. San Navarra: Anales Sis San Navarra, 25, (Supl. 1.)
- Pelaez, F. Labrador, E. & Raich, E. (2006). Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario en España. En Mancilla & Pérez-Mitré (Edts.) Trastornos alimentarios en hispanoamérica. 89-123. Manual Moderno.
- Pederson, M., Mitchell, J., Fenna, C., Crosby, R., Miller, J. & Hoberman, M. (1997). A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorder, 21, 353-360.
- Peterson, C., Mitchell, J., Engbloom, S., Nugent, S., Pederson Mussell., Crow, et al. (1998). Binge eating disorder with and without a history of purging symptoms. International Journal of Eating Disorder, 24, 251-257. .
- Polivy, J. & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. Annual Review of Psychology, 1-22.
- Pratt, E., Telch, Ch., Labouvie, E., Wilson, G. & Agras, S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorder, 29, 177-186.
- Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid. Pirámide. 21-25
- Rammacciotti, C., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M. Pea, E. & Dell'Osso (2000). Binge eating disorder: Prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. Psychiatry Research, 94, 131-138.
- Ramírez, M., García, C., Cervantes, B., Mata, R., Zárate, M., Mason, C., & Villarreal, E. (2003). Transición alimentaria en México. Anales Pediátricos 58 (6), 568-73.
- Sánchez, L. & Fernández, R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. Form Contin Nutr-Obes, 5 (6), 314-24.

- Santonastaso, P., Ferrara, S. & Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 25, 215-218.
- Secretaría de Salud (2000). Norma oficial mexicana para el manejo integral de la obesidad, NOM-174-SSA1-1998.
- Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. European Eating Disorder Review, 8, 340-343.
- Smith, C. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52 (5), 863-872.
- Speranza, M., Corcos, M., Atger, F., Paterniti, S., & Jeammet (2003). Binge eating behaviors, depression and weight control strategies. Eating Weight Disorder, 8 (3), 201-206.
- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. et al. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. International Journal of Eating Disorder, 11 (3), 191-203.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z. & Marcus, M.D. (1993). The questionnaire of eating and weith patterns-revised (QEWP-R). Available from the New York State Psychiaric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032).
- Spitzer, R., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A. et al. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in multisite study. International Journal of Eating Disorders, 13, (2) 137-153.
- Spurrel, E., Wilfley, D. Tanofsky, M. & Brownell, K. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? International Journal of Eating Disorder, 21 (1), 55-65.

- Striegel-Moore, H., Cachelin, F., Dohm, F., Pike, K., Wilfley, D. & Fairburn, G. (2001). Comparison of eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. International Journal of Eating Disorder, 29 (2), 157-165.
- Striegel-Moree, H., Dohm, F., Hook, J., Schreiber, G., Crawford, P. & Daniels, S. (2005). Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates. International Journal of Eating Disorders, 37 (3), 200-206.
- Striegel-More, H. & Franko, D. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. International Journal of Eating Disorder, 34, (Suppl.) 19-29.
- Striegel-More, H., Franko, D., Thompson, D., Barton B., Schreiber, G. & Daniels, S. (2004). Changes in weight and body image over time en women with eating disorders. International Journal of Eating Disorder, 36, 315-327.
- Striegel-Moore, H. & Stainer- Adair, c. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarias: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W.Vandereycken & G. Noordenbos. (Eds.). La prevención de los tratornos alimentarios: un enfoque multidiciplianrio. 13.37.Barcelona: Granica.
- Striegel-Moore, H., Wilfley, D., Pike, M., Dohm, F. & Fairburn, C. (2000). Recurrent binge eating in black american woman. Archives Family Medicine, 9, (1), 83-87.
- Stunkard, A. & Messick, S. (1985) The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, desinhibition, and hunger. Journal of Psychosomatic Research, 29, 71-83.
- Toro, J. (1998). El Cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España Ariel. 1-53.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psiquiátrica Scandinavica, 89, 147-151.

- Turón, V. (1997). Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad España: Masson. 127-143
- Vargas, L. & Casillas, L. (1993). La distribución de grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud. Cuadernos de Nutrición, 16 (6), 7-15.
- Vázquez, A. R., Álvarez, R. G. & Mancilla, D. J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. Salud Mental, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, A. R., Fuentes, T. S., Báez, R. M., Álvarez, R. G. & Mancilla, D. J. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. Psicología y Salud, 12 (1), 73-81.
- Vera, G. M. (1998). El cuerpo, ¿culto o tiranía? Psicothema, 10 (1), 111-125.
- Vervaet, M., Heeringen, C. & Audenaert, K. (2004). Binge eating disorder and non-purging bulimia: more similar than different? European Eating Disorders Review, 12, 27-33.
- Wijbrand, H., H. & van Hoek, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorder. International Journal of Eating Disorder, 34, 383-396.
- Womble, L., Williamson, D., Martin, C., Zucker, N., Thaw, J. Netemeyer, R. et al. (2001). Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. International Journal of Eating Disorder, 30, 217-221.
- Zaider, T. Johnson, J. & Cockell, S. (2002). Psychiatric disorder associated with the onset and persistence of bulimia nervosa and binge eating disorder during adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 31 (5), 319-329.