



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA PSICOLOGÍA EN LA SALUD**

### **CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN MUJERES Y HOMBRES MEXICANOS**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A**  
**XOCHITL LÓPEZ AGUILAR**

**JURADO DEL EXAMEN DE GRADO**  
**DIRECTOR: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ**  
**COMITÉ: DRA. ROSALIA VÁZQUEZ ARÉVALO**  
**DRA. GILDA GÓMEZ-PERESMITRÉ**  
**DRA. ROSA MARÍA RAICH I ESCURSELL**  
**DR. ARTURO SILVA RODRÍGUEZ**

**MÉXICO, DF.**

**2008**



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**

La presente investigación se llevo a cabo en las instalaciones del Proyecto de Investigación (PIN), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Este estudio fue financiado parcialmente por: DGAPA/UNAM (número de registro: IN304606), CONACyT (número de registro: U40208-H) y CONACyT (número de registro: 50305-H). Así como por la beca otorgada por CONACyT para estudios de posgrado (número de registro 165943)

Gracias a las instituciones educativas y a las clínicas por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

Agradezco a los miembros del jurado: Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, Dra. Rosalia Vázquez Arévalo, Dra. Gilda Gómez-Peresmitré, Dra. Rosa María Raich I Escursell y Dr. Arturo Silva Rodríguez, por sus valiosos conocimientos para que este trabajo fuera posible.

**Ernesto**

Por tu comprensión, amor y  
por permitirme ser parte de tu vida  
Te amo

**Ernestito**

Por ser alguien muy especial en mí vida  
Te quiero

**A mi familia**

No tengo con que agradecerles  
todo lo que hacen por mí  
Los quiero

**A mis compañeros y amigos del PIN**

Erick, Gina, Kary, Melissa, Rosalia, Trini y Vero  
Agradezco su ayuda invaluable,  
sus comentarios y su solidaridad

**A los alumnos y tesistas del PIN**

Gracias por su apoyo

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	I
<b>Abstract</b>	II
<b>Introducción</b>	1
<b>Antecedentes Teóricos</b>	4
1. Antecedente del TPA.....	4
2. Criterios diagnósticos y algunos aspectos diferenciales entre el TPA y BNP.....	6
3. Datos epidemiológicos del TPA.....	17
4. Obesos con atracón vs. Obesos sin atracón.....	20
5. Variables importantes a estudiar en el TPA.....	37
5.1 Tipo de alimentos consumidos durante el atracón.....	37
5.2 Características psicológicas asociada al TPA.....	38
5.3 Comorbilidad psiquiátrica.....	38
5.4 Desencadenantes del atracón alimentario.....	40
5.5 Diferencias entre muestra de mujeres y hombres con TPA.....	52
5.6 Instrumentos de evaluación del atracón y TPA.....	55
<b>Justificación</b>	60
<b>Objetivo General</b>	62
<b>Objetivos Específicos</b>	62
<b>Definición de variables</b>	64
<b>Método General</b>	66
Muestra	66
Instrumentos	67
<b>1ER ESTUDIO PRELIMINAR: PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL CUESTIONARIO DE TRES FACTORES DE LA ALIMENTACIÓN (TFEQ)</b>	75
Método	76
Resultados	77
Discusión y Conclusión.....	82
<b>2º ESTUDIO PRELIMINAR: PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL CUESTIONARIO DE PATRONES DE ALIMENTACIÓN Y PESO-REVISADO (QEWPR)</b>	84
Método	84
Resultados	87
Discusión y Conclusión.....	90
<b>1er. ESTUDIO: CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA CON EPISODIOS DE ATRACÓN ALIMENTARIO</b>	92
Método	92
Resultados	95
Discusión y Conclusión.....	101

<b>2º. ESTUDIO. EVALUACIÓN DE LOS GRUPOS CON TRASTORNO POR ATRACÓN Y BULIMIA NERVIOSA PURGATIVO.....</b>	<b>107</b>
Método .....	107
Resultados .....	111
Discusión y Conclusión.....	125
<b>CONCLUSIÓN GENERAL .....</b>	<b>135</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>139</b>

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue hacer una caracterización del Trastorno por Atracón en hombres y mujeres de una muestra comunitaria de la zona metropolitana de la ciudad de México, en cuanto a: comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos. Para tal fin se llevaron a cabo 4 estudios, los cuales se describen a continuación. En el primer estudio preliminar se evaluó las propiedades psicométricas del *Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)*, la muestra estuvo constituida por 223 hombres y 465 mujeres, con un promedio de edad de 17.49 años ( $DE = 2.57$ ). En el segundo estudio preliminar se tradujo, adaptó y se obtuvieron las propiedades psicométricas del *Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R)*. La muestra se conformó por 540 individuos (167 hombres y 373 mujeres) con un promedio de edad de 17.7 años ( $DE = 2.18$ ). Los resultados de estos estudios preliminares señalan que ambos cuestionarios poseen adecuadas propiedades psicométricas. El propósito del primer estudio fue evaluar el nivel de predicción del comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos sobre el atracón alimentario. La muestra estuvo constituida de 158 mujeres y 30 hombres ( $n = 188$ ), con un promedio de edad de 17.91 años ( $DE = 1.78$ ). Todos los sujetos completaron una batería de pruebas psicológicas que incluían: *Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R)*, *Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40)*, *Cuestionario de Bulimia (BULIT)*, *Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)*, *Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)*, *Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)*, *Inventario de Depresión de Beck (IDB)* e *Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)*. También se tomaron medidas antropométricas con la finalidad de extraer el Índice de Masa Corporal (IMC), Índice Cintura-Cadera y el porcentaje de grasa, así como, el Índice de Percepción Corporal. Los resultados señalan que la fluctuación del peso, la motivación para adelgazar, la susceptibilidad al hambre, la restricción alimentaria, las conductas compensatorias, la sintomatología de depresión y la insatisfacción corporal, fueron predictores del atracón alimentario. En el segundo estudio se comparó a los grupos con Bulimia Nerviosa de tipo Purgativo (BN-P), con Trastorno por Atracón (TPA) y control, respecto al comportamiento alimentario, indicadores antropométricos, factores clínicos e imagen corporal. Participaron 54 personas (18 con BN-P, 18 con TPA y 18 sin Trastorno Alimentario), con un promedio de edad de 20.10 ( $DE = 5.93$ ). Todos los sujetos contestaron a: *QEWP-R*, *EAT-40*, *BULIT*, *BSQ*, *EDI*, *TFEQ*, *IDB*, *IAB* y *Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED)*, asimismo se tomaron las medidas antropométricas. Se encontró que el grupo con TPA presentó mayores indicadores antropométricos –peso corporal, IMC, porcentaje de grasa e ICC- y fueron más grandes de edad, además estas exhibieron más susceptibilidad al hambre y desinhibición, mientras que las mujeres con BN-P reportaron más restricción alimentaria, conductas compensatorias y motivación para adelgazar. Los grupos presentan niveles parecidos de atracón, insatisfacción corporal y sintomatología de ansiedad y depresión. El análisis discriminante mostró que los sentimientos posteriores al atracón, el IMC, la edad, y las conductas compensatorias fueron las variables que discriminaron a los grupos con BN-P y TPA. De estas variables los sentimientos posteriores al atracón contribuye más a la diferenciación de los grupos.

## ABSTRACT

The aim of this study was to characterize of binge eating disorder (BED) in men and women from communitarian sample of zone Mexico City metropolitan, regarding in eating behavior, clinical factors, body shape and anthropometrics parameters. The research includes four studies. In the first preliminary study the psychometric properties — internal consistency and factorial analysis — of the *Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)* was evaluated. The sample consisted of 223 men and 465 women, with a mean age of 17.49 years ( $SD= 2.57$ ). In the second preliminary study translated, the psychometrics properties of the *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)* was assessed. Participants were 540 subjects (men  $n= 167$  and women  $n= 592$ ), with a mean age of 17.7 years ( $SD= 2.18$ ). The results of these preliminary studies showed that both questionnaires have adequate psychometric characteristics. The purpose of first study was to evaluate the level of prediction of the eating behavior, clinical factors, body shape and anthropometrics parameters. The sample consisted of 158 women and 30 men ( $n= 188$ ) with mean age of 17.19 ( $SD= 1.78$ ). All subjects completed a battery of tests including: *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)* the *Eating Attitudes Test (EAT-40)*, the *Bulimia Test (BULIT)*, *Body Shape Questionnaire (BSQ)*, the *Eating Disorder Inventory (EDI)*, the *Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)*, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *Beck Anxiety Inventory (BAI)* and *The Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED)*. Anthropometric measures were taken to calculate *Body Mass Index (BMI)*, *percentage body fat* and *Waist to Hip Ratio*, as well as, the *Perception Body Index*. The results of this study indicated that weight fluctuations, Drive for Thinness, susceptibility to hunger, food restriction, compensatory behaviors, symptomatology of depression and body dissatisfaction, were predictors of binge eating. The purpose of second study was: 1) to compare groups with Purging Bulimia Nervosa (P-BN), Binge Eating Disorder (BED) and control regarding eating behaviors, clinical factors, body shape and anthropometrics parameters and 2) to evaluate if the variables included in food behavior, anthropometrics parameters, clinical factors and the body shape can predict the presence of P-BN and TPA. The participants were 54 women (18 with P-BN, 18 with BED and 18 without Eating Disorder), with an average age of 20.10 years ( $SD= 5.93$ ). All subjects answered: QEWP-R, EAT-40, BULIT, BSQ, EDI, TFEQ, BDI, BAI and IDED. Anthropometric measures were taken to calculate BMI, percentage body fat and Waist to Hip Ratio, as well as, the Perception Body Index. The results suggest that women with BED presented higher anthropometric parameters, susceptibility to the hunger and disinhibition, also they older age, while the group of women with P-BN reported eating restriction, compensatory behaviors and drive for thinness. The groups were similar in binge eating, body dissatisfaction and psychopathology of anxiety and depression. The discriminant analysis showed that negative feelings following binge eating, BMI, age and compensatory behaviors were the variables that discriminated the groups with BED and P-BN. Of these variables the negative feelings following binge eating contributed highly to the differentiation of the groups.



## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Atracón (TPA) aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000) como un Trastorno del Comportamiento Alimentario no Especificado, que amerita de estudios posteriores para consolidar sus criterios diagnósticos, con la finalidad de que se constituya como un Trastorno específico. Este trastorno se caracteriza por lo siguiente: 1) suele aparecer en la edad adulta, 2) se acompaña de obesidad o sobrepeso importante y 3) presencia de episodios de atracón alimentario en ausencia de conductas compensatorias (vómito autoinducido, ejercicio excesivo o consumo de laxantes y/o diuréticos).

Dado que este trastorno es relativamente nuevo, sus criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV presentan serias dificultades:

- 1) Es difícil diferenciarlo de la Bulimia —particularmente con el subtipo no purgativo—, esto ha generado que en la actualidad exista una polémica de si el TPA debe ser parte de la BN o una entidad diferente de la BN.
  
- 2) Pese a que las investigaciones internacionales sobre el TPA, fundamentan que existe una relación directa entre Índice de Masa Corporal (IMC) y el atracón alimentario en pacientes obesos sometidos a tratamiento para bajar de peso, los indicadores antropométricos —como IMC, ICC y porcentaje de grasa— no son considerados como parámetros a evaluar en el diagnóstico de dicho trastorno.

Considerando lo anterior el presente trabajo tuvo por objetivo: hacer una caracterización del Trastorno por Atracón en hombres y mujeres de una muestra comunitaria de la zona metropolitana de la ciudad de México, en cuanto a:

comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos.

Para tal fin a lo largo de este trabajo se abordaran los aspectos siguientes:

a) Antecedentes teóricos del problema: en este apartado se revisó la historia del TPA, los criterios diagnósticos y aspectos diferenciales entre el TPA y BN, así como los datos epidemiológicos de este trastorno, diferencias entre muestras de obesos con y sin atracón y algunas variables importantes a estudiar en el TPA, como son tipo de alimentos consumidos durante el atracón, características psicológicas asociada al TPA, comorbilidad psiquiátrica, desencadenantes del atracón alimentario, diferencias entre muestra de mujeres y hombres con TPA e instrumentos de evaluación del atracón y TPA.

b) Metodología: donde se abordó la definición de las variables empleadas en este estudio, las características de la muestra, los instrumentos y los aparatos empleados.

c) Dos estudios preliminares donde se describen las propiedades psicométricas (consistencia interna con el método estadístico alfa de Cronbach y componentes principales con el análisis factorial) del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) y Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R).

d) Un primer estudio en el cual se valoró el nivel de predicción del comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos para el atracón alimentario.

e) Un segundo estudios para evaluar a los grupos con TPA y BN en cuanto a comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos. En este estudio los análisis estadísticos que se llevaron a cabo

fueron: a) una ANCOVA controlando la edad para comparar los grupos con: Bulimia tipo Purgativo (BN-P), Trastorno por Atracón (TPA) y control, en cuanto a los factores comportamiento alimentario, los factores clínicos, la imagen corporal e los indicadores antropométricos y b) un análisis discriminante para evaluar cuáles de las variables que incluye el Comportamiento Alimentario, Indicadores antropométricos, Factores clínicos e Imagen corporal discriminan y clasifican —ya sea de forma individual o interactiva— al TPA y BN-P.

# ANTECEDENTES TEÓRICOS

## 1. ANTECEDENTES DEL TPA

El carácter clínico del atracón alimentario en personas obesas fue descrito por Stunkard en 1959, no obstante es hasta 1976 cuando este autor propone criterios para la conducta de atracón (Faiburn & Wilson, 1993):

- 1) Ingestión impulsiva, episódica, incontrolable y rápida de una gran cantidad de comida sobre un periodo relativamente corto de tiempo.
- 2) La terminación del episodio se da únicamente hasta llegar a un punto de malestar físico (p. ej., dolor abdominal y sensación de náuseas o distensión). El vómito puede presentarse, pero no se requiere para el diagnóstico.
- 3) Subsecuentes sentimientos de culpa, remordimiento o auto-desprecio.

La conducta de atracón alimentario como un criterio diagnóstico de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) aparece a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 3th (*DSM-III*; Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1980), para identificar a la BN y en sucesivas ediciones del *DSM* fue modificada para precisar el concepto de atracón (Faiburn & Wilson, 1993) (véase Tabla 1).

**TABLA 1.** Evolución de la definición del atracón alimentario a través de sucesivas revisiones del *DSM*.

<b>DSM</b>	<b>CRITERIOS</b>
<i>DSM-III (1980)</i>	Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse, que debe asociarse a tres de los síntomas siguientes: 1) <b>Alimentos hipercalóricos</b> 2) <b>Clandestinidad</b> 3) <b>Estados fisiológicos posteriores</b> 4) <b>Oscilaciones del peso</b>
<i>DSM-III-R (1988)</i>	a) Recurrentes episodios de ingestión voraz (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo). b) Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
<i>DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000)</i>	Recurrentes episodios de atracón alimentario: a) Ingestión, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. b) Sensación de pérdida del control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

Fuente: Fairburn & Wilson (1993, p.4)

De ahí que no es de extrañar que el estudio sistemático del atracón en muestras con obesidad se retomó hasta fines de la década de los 80's, ante las evidencias que señalaban que una cuarta parte de las personas que buscaban tratamiento para la obesidad presentaban problemas de atracón alimentario, pero un hecho que llamaba la atención es que estas pacientes no mostraban conductas compensatorias, por lo que no podían ser diagnosticadas con Bulimia Nerviosa (BN; Marcus citado en Goldstein & Stunkard, 1999).

Con base a los hallazgos antes citados, Spitzer et al. (1991) desarrollaron los criterios para el Trastorno por Atracón (TPA), denominándolo inicialmente como **síndrome de sobreingestión patológica**, término que más tarde fue reemplazado por **Trastorno por Ingestión Compulsiva o Trastorno por Atracón (TPA)**. El TPA aparece en el *DSM-IV* (APA, 1994) dentro del apartado de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado (TANE), como una categoría diagnóstica provisional que amerita estudios posteriores.

## 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ASPECTOS DIFERENCIALES ENTRE EL TPA Y BN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su versión revisada, 4th (*DSM-IV-TR*, [APA], 2000), propone los siguientes criterios diagnósticos para el Trastorno por Atracón Alimentario (TPA):

- A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
  - 1) Ingestión, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
  - 2) Sensación de pérdida del control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B) Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
  - 1) Ingestión mucho más rápida de lo normal.
  - 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
  - 3) Ingestión 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 Bulimia Nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el 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 (p. ej., purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nerviosa o una Bulimia Nerviosa.

En tanto que para el diagnóstico de la BN se requieren de los siguientes criterios diagnósticos de acuerdo al *DSM-IV-TR* (2000).

A. Recurrentes episodios de atracón alimentaria: un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- Ingestión, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
- Sensación de pérdida del control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Recurrentes conductas compensatorias inapropiadas para prevenir la ganancia de peso, p. ej. Vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, enemas u otro medicamentos, ayuno, ejercicio físico excesivo.

C. El atracón y las conductas compensatorias deben ocurrir al menos dos veces a la semana durante tres meses.

D. La auto-valoración está excesivamente influenciada por la figura corporal y el peso.

E. El trastorno no debe ocurrir exclusivamente durante los episodios de Anorexia Nerviosa.

Existen dos tipos:

Purgativo: La persona recurre regularmente conductas purgativas, como vómito o abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

No purgativo: La persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o ejercicio físico excesivo.

Como se puede observar los criterios para evaluar el atracón alimentario en el TPA son similares a los usados para los pacientes con BN. No obstante, en el caso del TPA la frecuencia de la conducta de atracón se valora de acuerdo al número de días (2 días a la semana) y en la BN se evalúa de acuerdo al número de veces que sucede la conducta de atracón (2 veces a la semana). Otro dato que los hace diferente es el periodo en el cual se presenta dicha conducta, en el TPA el atracón debe presentarse al menos durante 6 meses, en contraste con la BN que debe ocurrir al menos 3 meses (*DSM-IV-TR*, [APA], 2000).

Algunos estudios han detectado que el atracón de las pacientes con BN es conductualmente diferente al de las pacientes con TPA, en la cantidad de calorías y el tipo de alimentos consumidos durante el atracón alimentario, los estudios señalan que los atracones en las pacientes con BN son de mayor tamaño (Walsh, Hadingan, Kissileff & LaChaussee, 1992), contienen más hidratos de carbono y

azúcares, la conducta de atracón es antecedida por la dieta restrictiva (Mussell et al., 1997) y el consumo de alimentos durante el atracón es más desorganizado, a diferencia de los pacientes con TPA cuyo atracón no tienen un patrón claro en el consumo de alimentos y el atracón siempre precede al inicio de la dieta (Fitzibbon & Blackman, 2000; García-Camba, 2001; Marcus citado en Brownell & Fairburn, 1995; Santonastaso, Ferrara & Favaro, 1999; Schmidt, 2000; Walsh & Boudreau, 2003; Yanovski citado en Faiburn & Brownell, 2002). Aunque es importante señalar que los pacientes con TPA comen más lentamente durante el atracón y en general su atracón es más parecido a una gran comida (Schmidt, 2000), asimismo los pacientes con TPA reportan disfrutar más de la comida —olor, sabor y textura— mientras se atracan y señalan sentirse más relajados y experimentan un mayor malestar físico y ansiedad después del atracón (Mitchell et al., 1999).

Es difícil diferenciar a las paciente con BN de las pacientes con TPA, en lo referente a la frecuencia del atracón alimentario (Fairburn et al., 2000; Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000). De ahí que, son necesarias más investigaciones que permitan identificar las diferencias en cuanto a esta conducta.

Un criterio diagnóstico que parece diferenciar a la BN del TPA, es aparentemente la ausencia de conductas compensatorias en el TPA. Sin embargo, el panorama se complica cuando existen evidencias que indican lo contrario. Por ejemplo, se ha detectado conductas purgativas, tales como: laxantes, diuréticos, vómito autoinducido y ayunos, en algunas pacientes con TPA (véase Tabla 2) (Johnson, Spitzer & Williams, 2001; Marcus, 1993b, citado en Faiburn & Wilson, 1993; Marcus, 1997; Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Dohm & Fairburn, 2000), no obstante, otros hallazgos sugieren que el empleo de conductas purgativas es inusual en dichos pacientes, pero es frecuente la utilización del ayuno (Williamson, 1990). Al respecto, Fairburn (1998), Mitchell, Pomeroy y Adison (1997) refieren la presencia de conductas compensatorias en un grupo con atracón alimentario, pero con una frecuencia menor a la reportada en el grupo con BN.

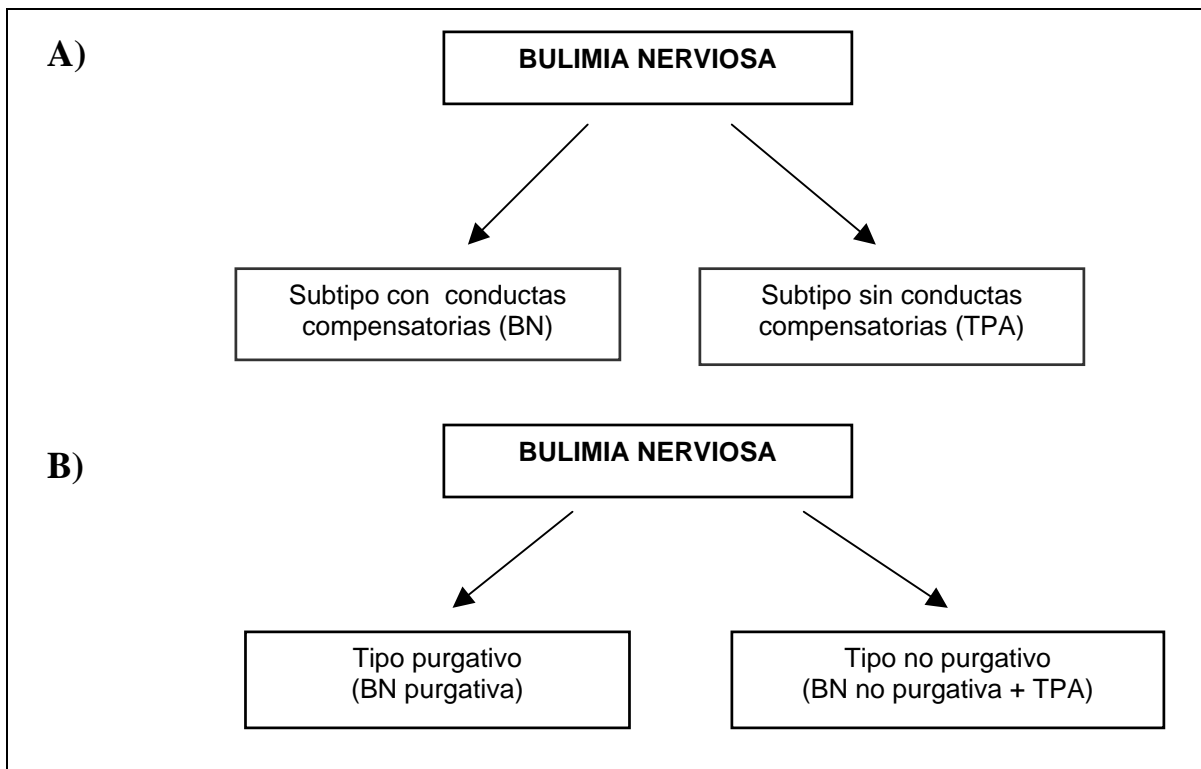


**TABLA 2.** Porcentaje de conductas compensatorias en pacientes con TPA.

	<b>N</b>	<b>VÓMITO AUTOINDUCIDO</b>	<b>LAXANTES</b>	<b>DIURÉTICOS</b>	<b>EJERCICIO</b>
<b>Marcus, Wing, &amp; Hopkins (1988)</b>		13%	26%		
<b>Hudson et al. (1988)</b>	117 mujeres	9%	17%	39%	
<b>Marcus, Smith, Santelli &amp; Kaye (1992)</b>	17 mujeres con un promedio de edad de 39.6	6.7%	6.7%		
<b>Raymond et al. (1995)</b>	43 mujeres con un promedio de edad de 35.7	26%	34%		
<b>Peterson et al. (1998)</b>	50 mujeres con un promedio de edad de 42.4	38.1%			
<b>Borges, Jorge, Morgan, Silveira &amp; Custódio (2002)</b>	217 mujeres con un rango de edad de 15-59 años				28.6%

Lo anterior indica que las pacientes con TPA emplean conductas compensatorias, sólo que con una frecuencia menor a la reportada en pacientes con BN; lo cual dificulta la diferenciación entre estas poblaciones. Esto ha llevado a sugerir dos modelos: a) el TPA como un subtipo de BN y b) el TPA como una entidad distinta de la BN.

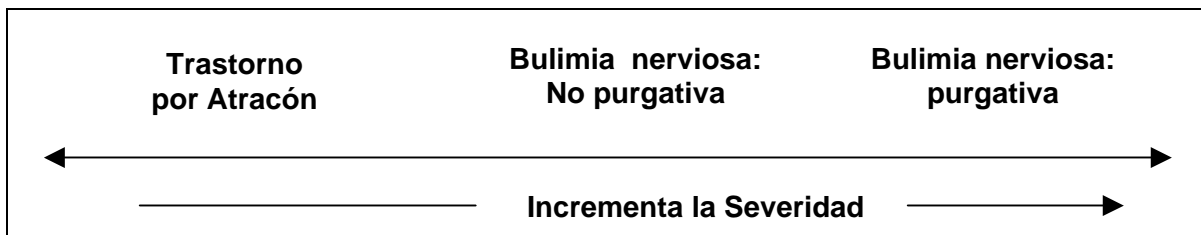
Al respecto, Devlin, Goldfein y Dobrow (2003) proponen que el TPA puede ser una variedad de BN, quizás la BN puede dividirse en un subtipo con conductas compensatorias (BN) y sin conductas compensatorias (dentro del cual se incorporaría el TPA), o bien la BN puede clasificarse en subtipo con conductas purgativas y no purgativas (aquí entraría la BN-NP y el TPA) (Figura 1).



**FIGURA 1.** Trastorno por Atracón como una variante de la Bulimia Nerviosa.

Fuente: Devlin, Goldfein & Dobrow (2003, p. S9).

Estos modelos no distinguen entre el atracón del TPA y BN, una alternativa que se ha propuesto es que puede existir un continuo entre estos trastornos, de manera que existe un incremento en la severidad de los episodios de atracón y las conductas compensatorias, por ello en el extremo izquierdo se encontraría el TPA que marcaría el inicio de la patología y en el extremo derecho la BN tipo purgativo, y en el centro de ambos trastornos la BN tipo no purgativo (véase Figura 2). En conclusión la evidencia sobre el modelo de espectro del atracón alimentario sugiere que las pacientes con TPA y BN difieren de manera importante, aunque estas diferencias son más de grado que de clase.



**FIGURA 2.** Modelo de continuidad de la conducta de atracón.  
Fuente: Hay & Fairburn (1998 en Devlin, Goldfein & Dobrow, 2003, p. S9).

Empero, diversos hallazgos han sugerido que el TPA debe ser considerado como una entidad nosológica diferente de la BN (véase Tabla 3). Las pacientes con BN se distinguen de las pacientes con TPA en cuanto a:

- a) Las variables sociodemográficas como la edad e IMC: las pacientes con TPA son de mayor edad y presentan un grado de obesidad y fluctuaciones del peso importantes (Ramacciotti et al., 2005; Vervaet, van Heeringen & Audenaert, 2004).
- b) Patología relacionada con el alimento: en las pacientes con BN se ha identificado mayor restricción alimentaria (Masheb & Grilo, 2000b; Vervaet et al., 2004), motivación para adelgazar, identificación interoceptiva y sentimientos de ineficacia (Tobin & Griffing, 1997; Raymond et al., 1995).
- c) Comorbilidad psiquiátrica: los niveles de comorbilidad psiquiátrica que exhiben las pacientes con TPA son de menor intensidad que en las pacientes con BN (Crow, Zander, Crosby y Mitchell, 1996; Fairburn et al., 2000; Shisslak, Pazda & Crago, 1990).
- d) Insatisfacción corporal: los hallazgos son contradictorios a este respecto, ya que mientras en unos estudios se han encontrado diferencias entre dicho grupo de pacientes (Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen & Martinovich, 2003;

Striegel-Moore et al., 2004), otros no han detectado diferencias (Hilbert & Tuschen-Caifer, 2005).

**TABLA 3.** Investigaciones que han comparado a muestra con TPA y BN (Continua).

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Shisslak, Pazda &amp; Crago (1990)</b>	146 mujeres ( $\bar{X}$ de edad = 21.3), divididas en: BN con peso bajo, BN normopeso, BN con sobrepeso, Sin TCA con bajo peso, Sin TCA normopeso. Sin TCA con sobrepeso.	IMMPI, Escala de Locus de Control Externo-Interno, Escala de Autoestima de Rosenberg y Escala de Potencial Diferenciación Semántica.	Las mujeres BN de los tres niveles (bajo peso, normopeso y sobrepeso) exhibían más <b>psicopatología</b> y una <b>baja autoestima</b> . Las mujeres bulímicas con bajo peso evidenciaban más locus de control externo, baja autoestima, sentimientos de ineficacia y altas puntuaciones en las siguientes escalas del MMPI: <b>histeria, desviación psicopática, masculinidad, feminidad, psicostenia y esquizofrenia</b> . En tanto que las bulímicas con sobrepeso puntuaron alto en la depresión y desviación psicopática,
<b>Marcus, Smith, Santelli &amp; Kaye (1992)</b>	15 mujeres obesas con atracón, 17 mujeres normopeso con BN. 15 normopeso con restricción alimentaria. La $\bar{X}$ de edad de las participantes fue de 39.6 años.	EDE, BES y IDB	No se presentaron diferencias entre mujeres normopeso con BN y obesas con Atracón en las 4 escalas de EDEQ: sobreingestión y preocupación por el peso, comida y alimentación. Empero las pacientes con BN obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de restricción. Asimismo, se identificó que las obesas con atracón presentaron considerables síntomas de depresión y un inicio temprano de la obesidad, frecuentes pérdidas de peso e historia familiar de sobrepeso.
<b>Raymond, Mussell, Mitchell, de Zwaan &amp; Crosby (1995)</b>	43 mujeres diagnosticadas con TPA ( $\bar{X}$ de edad = 35.7). 35 mujeres con BN ( $\bar{X}$ de edad = 35.5).	EDI, PDQ-R, HAM-D, HAM-A e IDB	Las pacientes con <b>BN</b> presentan mayores puntuaciones en las siguientes escalas del EDI: <b>motivación para adelgazar, bulimia, ineficacia e identificación interoceptiva</b> , mientras que las pacientes con TPA presentan mayores puntuaciones en la <b>insatisfacción corporal</b> .
<b>Tobin &amp; Griffing (1997)</b>	23 mujeres con BN-NP, 188 con BN-P, 31 con TPA	DSED y EDI	Los grupos con BN-P y BN-NP a diferencia del grupo con TPA presentaron mayores puntuaciones en los factores de desconfianza interpersonal y <b>Motivación para adelgazar del EDI</b> .
<b>Molinari, Ragazzoni y Morosin (1997)</b>	15 pacientes con BN, 15 pacientes obesas con TPA 15 pacientes obesas	EDI y TFEQ	El grupo con BN muestran puntuaciones más altas en las subescalas de <b>Motivación para adelgazar, identificación interoceptiva e ineficacia</b> del Inventario de trastorno alimentario (EDI). Mientras que el grupo de obesas con TPA presentó puntuaciones más altas en los factores de dieta y hambre

**TABLA 3 (Continuación).** Investigaciones que han comparado a muestra con TPA y BN.

	sin TPA.		del TFEQ.
<b>Hay &amp; Faiburn (1998)</b>	250 mujeres ( $\bar{X}$ de edad = 24.7): 63 con BN-P, 16 con BN-NP, 63 con TPA, 60 TANES 34 sin TCA.	EDE, BSI y SAS	No se presentaron diferencias entre los grupos con BN-NP y TPA en lo referente a <b>la dieta restrictiva y la preocupación por el peso y la figura</b> . El grupo con BN-P a diferencia del grupo con TPA, presentan más <b>atracones subjetivos, vómito, consumo de laxantes o diuréticos y grandes niveles de dieta restrictiva y preocupación por el peso</b> .
<b>Fairburn et al. (2000)</b>	102 pacientes con BN 48 pacientes con TPA	EDE	Las pacientes con BN presentan más <b>restricción alimentaria</b> y preocupación por la comida.
<b>Masheb &amp; Grilo (2000a)</b>	93 participantes con TPA, quienes presentaban una edad que oscilaba de 21 a 58 años.	EDE-Q, TFEQ, BSQ, IDB y la escala de autoestima de Roseenberg.	El IMC se correlacionó negativamente con la dieta restrictiva, y la preocupación por el peso y la figura se correlacionaron positivamente con la restricción alimentaria. Asimismo se observó que la restricción alimentaria se asocio con la insatisfacción corporal. El atracón no se asocio con la restricción.
<b>Pratt, Telch, Labouvie, Wilson &amp; Agras (2001)</b>	32 mujeres normopeso con BN, 127 mujeres obesas con TPA, 60 obesas sin atracón. La edad de las participantes oscilo de los 18 a 60 años.	MPS, QEWP-R, EDE-Q, BES y IDB	Las pacientes con BN y TPA presentan niveles parecidos de perfeccionismo <b>socialmente prescrito y auto-orientado</b>
<b>Striegel-Moore et al. (2001)</b>	Tres grupos de mujeres que presentaban TCA: TPA = 105 ( $\bar{X}$ de edad = 31.34), BN-P = 48 ( $\bar{X}$ de edad = 27.88), BN-NP = 14 ( $\bar{X}$ de edad = 30.21 años).	SCID-IV, EDE y EDE-Q	Las mujeres con TPA se diferenciaron estadísticamente de las mueres con BN-P en la edad, Índice de Masa Corporal (IMC) y obesidad. Las BN-P presentaron más historia de tratamiento de trastorno alimentario que los grupos con TPA y con BN-NP. Los grupos con TPA y BN-NP son muy parecidos.
<b>Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen &amp; Martinovich (2003)</b>	24 mujeres sin TPA ( $\bar{X}$ de edad= 41.3 años), 59 mujeres con síndrome parcial de TPA ( $\bar{X}$ de edad =	QEWP, EDI-2 y IDB	Las mujeres con BN y con síndrome parcial de <b>BN</b> presentan más <b>insatisfacción corporal</b> que las obesas con síndrome parcial de TPA, con TPA y sin TPA.

**TABLA 3 (Continuación).** Investigaciones que han comparado a muestra con TPA y BN.

	40.3), 64 con TPA ( $\bar{X}$ de edad = 38.9 años), 105 con síndrome parcial de BN ( $\bar{X}$ de edad = 31.9), 123 con BN ( $\bar{X}$ de edad = 27.8).		
<b>Tasca, Illing, Lybanon-Daigle, Bissada &amp; Balfour (2003)</b>	144 mujeres con TPA ( $\bar{X}$ de edad = 41.97 y $\bar{X}$ de IMC= 40.61 kg/m <sup>2</sup> ), 152 mujeres con BN ( $\bar{X}$ de edad = 29.39 y $\bar{X}$ de IMC= 26.52kg/m <sup>2</sup> ).	EDI-2, EDEQ y PA	Las mujeres con BN reportaron más <b>motivación para adelgazar, miedo a madurar y ascetismo.</b>
<b>Vervaeet, Heeringen &amp; Audenaert (2004)</b>	17 pacientes con BN-NP ( $\bar{X}$ edad = 23.8, DE= 7.2.). 30 pacientes con TPA ( $\bar{X}$ edad = 33.1, DE = 10.7).	SCAN, TCI y DEBQ	Las pacientes con BN reportaron mayor <b>restricción alimentaria</b> que las pacientes con TPA,
<b>Striegel-Moore et al. (2004)</b>	27 mujeres con BN ( $\bar{X}$ de edad = 16.7, DE = 2.3.) 42 con TPA ( $\bar{X}$ de edad = 16.7, DE = 2.8).	EDE y Entrevista Clínica Estructurada	Las pacientes con BN y TPA reportan un nivel importante de <b>insatisfacción con su peso corporal</b> a los dos años de seguimiento.
<b>Fassino, Piero, Gramaglia &amp; Abbate-Daga (2004)</b>	327 pacientes con un rango de edad: 20-60 años: AN-R: 61 ( $\bar{X}$ de edad = 24.1), AN-P: 61 ( $\bar{X}$ de edad = 23.6 años), BN: 104 ( $\bar{X}$ de edad = 24.8), TPA: 48 ( $\bar{X}$ de edad= 34.9), obesas	Entrevista Estructurada de acuerdo al DSM-IV y EDI-2	Las pacientes con BN difirieron de las pacientes con TPA en <b>insatisfacción corporal y bulimia.</b>

**TABLA 3 (Continuación).** Investigaciones que han comparado a muestra con TPA y BN.

	sin TPA: 47 ( $\bar{x}$ de edad = 36.2 ).		
<b>Vervae, van Heeringen &amp; Audenaert (2004)</b>	17 pacientes con BN-NP ( $\bar{x}$ de edad = 23.8, DE = 7.2), 30 pacientes con TPA ( $\bar{x}$ de edad = 33.1, DE = 10.7).	SCAN, TCI y DEBQ	Los pacientes con TPA presentan un mayor Índice de Masa Corporal ( <b>IMC</b> ) y <b>más fluctuaciones de peso</b> que los pacientes BN-N
<b>Ramacciotti et al. (2005)</b>	25 mujeres con TPA, 25 con BN-NP.	EDI-2	Las pacientes con BN-NP presentan mayores puntuaciones en <b>Motivación para adelgazar y Fobia hacia el peso</b> que las pacientes con TPA. El 68% de las pacientes con BN-NP y 62.5% las pacientes con TPA reportan que la preocupación por el peso depende de la autoestima. Las pacientes con TPA presentan un IMC elevado (35.5) comparadas con las pacientes con BN (23.8) Una mayor acumulación de la grasa en la parte superior del cuerpo
<b>Hilberth &amp; Tuschen-Caifer (2005)</b>	30 mujeres con TPA ( $\bar{x}$ de edad = 31.1), 30 con BN ( $\bar{x}$ de edad = 24) 30 sin TCA ( $\bar{x}$ de edad = 29.3).	EDE, BSQ, SCL-90-R y Mini-DIPS	Las pacientes con BN y TPA no difieren en el factor <b>preocupación por el peso</b> del EDE y en el total del BSQ, pero se observó que en las pacientes con BN, las cogniciones negativas sobre el cuerpo emergen cuando son expuestas a ante un espejo.

Abreviaturas:  $\bar{x}$  = media, DE = desviación estándar; SCID-IV: La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV; EDE: Examen de los Trastornos Alimentarios; EDE-Q: Cuestionario Examen de Trastornos Alimentarios; BSQ: Cuestionario de Insatisfacción Corporal; Mini-DIPS: Entrevista Diagnóstico Estructurada; SCAN: Programa de Evaluación Clínica en Neurociencias versión Holandesa; TCI: Inventario de carácter y Temperamento versión Holandesa; DEBQ: Cuestionario de Conducta Alimentaria versión Holandesa; MPS: Escala Multidimensional de Perfeccionismo; QEWP-R: Cuestionario de Patrones de Peso-Revisada; BES: Escala de Atracón Alimentario; IDB: Inventario de Depresión Beck; EDI: Inventario de Trastornos Alimentarios. EDQ: Cuestionario de Trastornos Alimentarios, Entrevista Estructurada de acuerdo al DSM-IV; EDI-2: Inventario de Trastornos Alimentarios; TFEQ: Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación; HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton; HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton; PDQ-R: Cuestionario de Personalidad basada en el DSM-III; SAS: Escala de Ajuste Social; BSI: Inventario Breve de Síntomas (BSI).



### 3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TPA

En la Tabla 4 se observa que la prevalencia del TPA en muestras de obesos que acuden a tratamiento oscila en un rango de 8.9% a 53.6%, mientras que en muestra comunitaria se estima del 0.7% al 10%.

**TABLA 4.** Estudios de prevalencia sobre el Trastorno por Atracón (TPA [Continua]).

AUTOR	MUESTRA	TIPO DE MUESTRA	INSTRUMENTO EMPLEADO PARA EL DIAGNÓSTICO	PORCENTAJE DE CASOS CON TPA
<b>Gormally, Black, Datson &amp; Rardin (1982)</b>	Individuos con sobrepeso en un programa de reducción de peso	Clínica	Entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-III	23%
<b>Keefe, Wyshogrod, Weinberger &amp; Agras (1984)</b>	Individuos con sobrepeso en un programa de reducción de peso	Clínica	Entrevista estructurada criterios del DSM-III	23%
<b>Bruce &amp; Agras (1992)</b>	445 mujeres de los 18 a 75 años de edad	Comunitaria	Entrevista basada en el DSM-III-R y Cuestionario de Conductas Alimentarias de Stanford	1.8%
<b>Spitzer et al. (1992)</b>	577 mujeres y 146 hombres provenientes de Clínicas de control de peso	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación (QEWP)	30.1%
	625 mujeres y 398 hombres de muestra comunitaria.	Comunitaria	Cuestionario de patrones de peso y alimentación (QEWP)	2%
<b>Yanovski, Nelson, Dubbert &amp; Spitzer (1993)</b>	89 mujeres obesas y 39 hombres obesos que en el momento de la investigación no acudían a un tratamiento de pérdida de peso	Comunitaria	Entrevista Clínica para Trastorno por Atracón	34%
<b>Spitzer et al. (1993b)</b>	1,785 sujetos de un programa para reducir peso	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación (QEWP)	28.8%
	942 sujetos de una muestra comunitarias	Comunitaria	Cuestionario de patrones de peso y alimentación (QEWP)	4.6%
<b>Robertson &amp; Palmer (1997)</b>	1,215 mujeres obesas con una media de edad de 18-49años de edad	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación-Revisado (QEWP)	30%
<b>Basdevant, Le Barzic, Lahlou, Pouillon, Brillant &amp; Guy-Grand (1997)</b>	292 mujeres con un promedio de edad de 39.1 años, que acudían a un tratamiento para perder peso	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación-Revisado (QEWP)	8.9%

**TABLA 4 (continuación).** Estudios de prevalencia sobre el Trastorno por Atracón (TPA)

	447 mujeres francesas con un promedio de edad de 39.8 años, provenientes de una muestra comunitaria	Comunitaria	Cuestionario de patrones de peso y alimentación-Revisado (QEWP)	0.7%
<b>Williamson &amp; Martin (1999)</b>	En adultos de muestra comunitaria	Comunitaria	-----	1%
	En individuos de muestra que acude a tratamiento	Clínica	-----	15 a 30%
<b>Kinzl, Traweger, Trefalt, Mangweth &amp; Biebl (1999)</b>	1,000 mujeres con edades entre 15 y 85 años	Clínica	En cuesta telefónica	33%
<b>French, Jeffery, Sherwood &amp; Neumark-Sztainer (1999)</b>	817 mujeres de 20 a 45 años de edad que provenían de una muestra comunitaria	Comunitaria	Entrevista	1.6%
<b>Rosenvinge, Borgen &amp; Børresen (1999)</b>	1000 niños de 15 años de edad (400 niños y 600 niñas), provenientes de escuelas públicas	Comunitaria	Diagnostic Survey for Eating Disorders' (DSED) (Johnson, 1985)	1%
<b>de Zwaam (2001)</b>	Muestra comunitaria	Comunitaria	Entrevista Estructurada de acuerdo a los criterios del DSM-IV	2 a 5%
	Mujeres con sobrepeso que acuden a tratamiento para reducción de peso	Clínica	Entrevista Estructurada de acuerdo a los criterios del DSM-IV	16 a 30%
<b>Hsu et al. (2002)</b>	37 adultos con obesidad extrema (31 mujeres y 6 hombres) con una edad de 22 a 58 años	Clínica	Examen de los Trastornos Alimentarios (EDE)	11%
<b>Borges, Jorge, Morgan, Silveira &amp; Cuestódio (2002)</b>	217 mujeres con sobrepeso cuyas edades oscilaban de los 15 a 59 años	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación-R	16.1%
<b>Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen &amp; Martinovich (2003)</b>	375 mujeres con un promedio de edad de 18 años de edad, que buscaban tratamiento para bajar de peso.	Clínica	Cuestionario de patrones de peso y alimentación-Revisado (QEWP-R)	17%
<b>Johnsen, Gorin, Stone &amp; Grange,(2003).</b>	1000 mujeres con un rango de edad de los 15 a 85 años	Clínica	Entrevista por teléfono de acuerdo a los criterios del DSM-IV	33%
<b>Villagómez, Cortés, Barrera, Saucedo &amp; Alcocer (2003)</b>	97 pacientes obesos (67 mujeres y 30 hombres)	Clínica	Historia Clínica y entrevista basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV	53.6%
<b>Grucza, Przybeck &amp; Cloninger (2007)</b>	910 mujeres con un promedio de edad de 44 años, provenientes de una muestra comunitaria.	Comunitaria	Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)	6.6%

Las diferencias en la estimación de la prevalencia de este trastorno pueden atribuirse de acuerdo a Hout, Oudheusden y Heeck (2004), García-Camba (2001), Mannucci (2007); Wolff, Crosby, Roberts y Wittrocks (2000) a las siguientes razones:

- 1) El TPA suele evaluarse en ocasiones como síntoma, lo que sin duda repercute sobre la estimación de la prevalencia de este trastorno de un estudio a otro.
- 2) Los métodos de evaluación usados, entrevistas o auto-reportes, de ahí que, los primeros estudios publicados que empleaban auto-reportes para diagnosticar el trastorno señalan una prevalencia del 20 al 46%, en estudios posteriores con entrevistas estructuradas señalan una menor prevalencia.
- 3) El tipo de muestra empleada: comunitaria versus tratamiento, ya que la muestra comunitaria presentan menor tiempo de evolución de los síntomas de TCA, que la muestra que acude a tratamiento.
- 4) El tratamiento al que se someten las pacientes para bajar de peso: medicamentos versus cirugía para bajar de peso versus régimen alimentario, ya que las primeras se esperaba que tuvieran un metabolismo más alterado.

En cuanto a su distribución por género, se observa que por cada 2 casos de hombres hay 3 de mujeres en población que buscan tratamiento para bajar de peso (Womble et al., 2001; Williamson, 1990 citado en Lyons, 1998), mientras que en muestra comunitaria se observan tasas parecidas (Castonguay, Eldredge & Agras, 1995; de Zwaan, 2001; Smith, Marcus & Eldredger, 1994).

La edad promedio en que se presenta el TPA es a los 32 años (Marcus citado en Goldstein & Stunkard, 1999). En cuanto al grupo étnico se observan tasas similares de atracón en individuos negros y blancos. La literatura

fundamenta que el 2% de mujeres caucásicas cumplen con los criterios para este trastorno, en tanto que en mujeres afro-americanas e hispanas se presenta en un 5%, aunque en otros estudios no encuentran diferencias significativas en la prevalencia de este trastorno entre estos grupos étnicos (Smith, 1995). En la actualidad no existen datos contundentes sobre la prevalencia del TPA en grupos étnicos, por lo tanto son necesarias más investigaciones al respecto.

Considerando lo antes expuesto, cabe resumir que el TPA difiere de los trastornos alimentarios específicos en cuanto a que:

- 1) Se presenta a edad más tardía.
- 2) Mayor ocurrencia, con una proporción de 5/1 en el caso de la anorexia nerviosa y de 2/1 respecto a la bulimia nerviosa (Gotestam & Agras, 1995).
- 3) La proporción de afectación por género es similar.
- 4) En una importante proporción se acompaña de obesidad o sobrepeso.

#### **4. OBESOS CON ATRACÓN VS. OBESOS SIN ATRACÓN**

Etimológicamente la palabra obesidad proviene de *obesitas* y significa “a causa de lo que como”. De acuerdo con Bourgues (1987) la obesidad se define como: un exceso de tejido adiposo, que se asocia con numerosas enfermedades y con mayor mortalidad, producto de un balance energético mayor al óptimo que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, psicológicos, sociales y culturales.

En cuanto a su prevalencia se ha detectado que la obesidad se ha incrementado marcadamente tanto en las ciudades industrializadas como en las no industrializadas y se estima que existen más de 500 millones de personas con sobrepeso en todo el mundo y 250 millones con obesidad (National Center for

Health Statistics, 2001, [www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm](http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm)).

De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization, [OMS]*, <http://www.who.int/research/es>), en el 2005 existían 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso en todo el mundo, y 400 millones con obesidad. Asimismo esta organización calcula que para el año 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad

En Estados Unidos un 61% (110 millones) de la población adulta (20-74 años) presenta sobrepeso u obesidad (American Gastroenterological Association, 2002). Los datos de la Encuesta de Examen de Salud Nacional (National Health Examination Survey [*NHES*]) de 1960 hasta 1962 y de la Encuesta de Examen de Nutrición y de Salud Nacional (National Health and Nutrition Examination Survey [*NHANES*]) de 1971-1999 han encontrado que mientras la prevalencia de sobrepeso se ha incrementado ligeramente, la prevalencia de obesidad se ha duplicado —12.8% a 27%— en dicho país.

Con respecto a los datos epidemiológicos de esta enfermedad en México, la Encuesta Nacional de Nutrición (*ENSANUT*) realizada en 1999 reportó que el 30.6% de mujeres mexicanas en edad fértil (12 a 49 años) presentaba sobrepeso y el 21.6% obesidad. En la región norte de México se presentó un mayor porcentaje de sobrepeso u obesidad (60.8%), mientras que en la región sur fueron ligeramente menores. La edad en que se iniciaba este problema es a los 18 años y se agravaba a partir de los 21.

Mientras que la Encuesta Nacional de Salud (*ENSA*) llevada a cabo por la Secretaría de Salud (*SSA*) en el 2000, indica un porcentaje de 23.7% de obesidad

y 38.4% de sobrepeso, considerando este dato existen 30 millones de adultos con obesidad o sobrepeso en México —18.5 con sobrepeso y 11.4% con obesidad—. La mayor prevalencia de obesidad se observó entre los 40 y 59 años de edad (14.4%), en el género femenino (28.1%) y en los estados de Coahuila, Tamaulipas, Campeche, Colima y Baja California, en tanto que el mayor porcentaje de sobrepeso se detectó en el Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Sonora y Tlaxcala.

Actualmente la Encuesta Nacional de Nutrición (*ENSANUT*, 2006) señala que la prevalencia de sobrepeso es más alta en los hombres (42.5%) en comparación con las mujeres (37.4%, 5 puntos porcentuales [pp] mayor), en tanto que en la obesidad se observa una tendencia inversa, la prevalencia es mayor en las mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%, 10 pp mayor). Al combinar sobrepeso y obesidad se detecta que la prevalencia es de 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 mujeres en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820 hombres). También se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad —particularmente ésta última— muestra una tendencia a aumentar con la edad, pero a partir de los 60 años en adelante disminuye considerablemente para ambos géneros.

Esta misma encuesta señala que de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos por la OMS para el sobrepeso ( $IMC \geq 25$ ) y la obesidad ( $IMC \geq 30$ ), “...la obesidad aumentó de 34.5% en 1988 a 61% en 1999 (26.5 pp, 2.4 pp/año) y a 69.3% en 2006 (8.3 pp respecto de 1999, 1.4 pp/año). Es decir, hubo una desaceleración de la tasa de aumento de sobrepeso y obesidad de 42% en el periodo 1999-2006 en comparación con 1988-1999” (p. 101). Asimismo dice que “al comparar los datos de la *ENSA* 2000 con los de la *ENSANUT* 2006, en hombres mayores de 20 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad incrementó de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006 (7 pp, 1.2 pp/año), que es una tasa de incremento ligeramente inferior a la observada en mujeres” (p. 101).

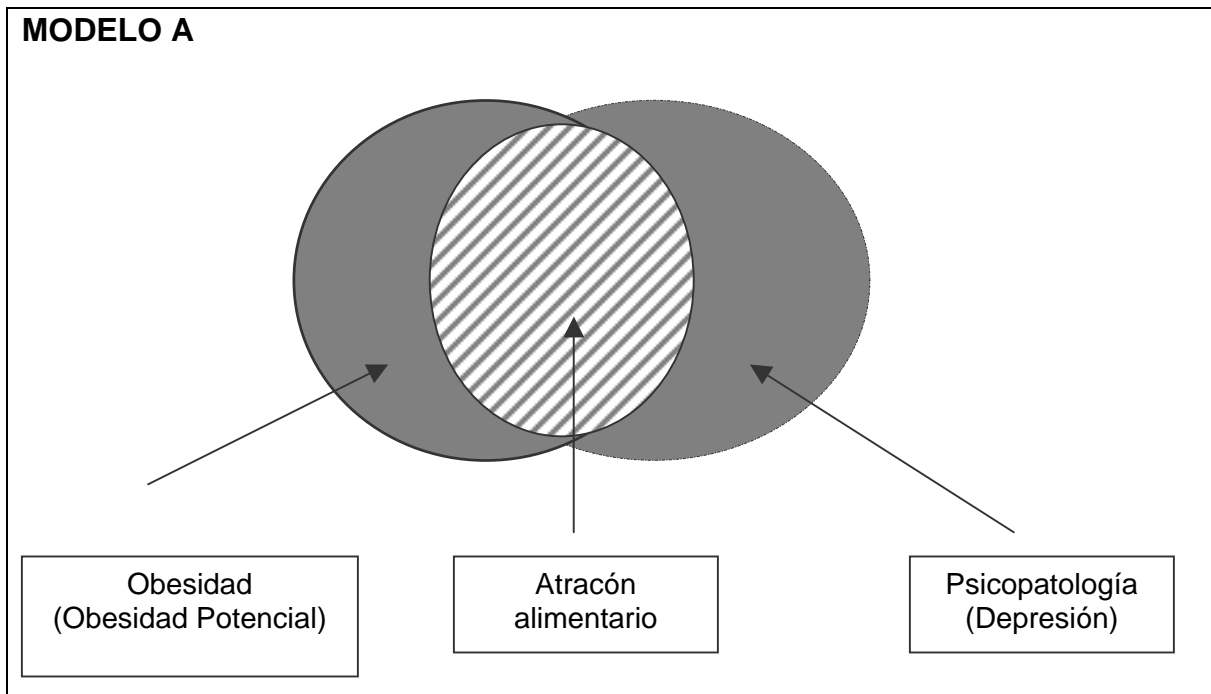
Como se puede observar este problema ha aumentado en los últimos años, de ahí que, es necesario implementar medidas de prevención al respecto. Aunque no se debe de perder de vista que los indicadores para considerar a una persona obesa han disminuido en los últimos años, de manera que es posible que el dato de prevalencia de obesidad nacional este sobredimensionado.

Por otro lado, el sector salud se ha encargado de fomentar el rechazo hacia la obesidad (Toro, 1996), considerando muchas veces que el sobrepeso es equivalente a tener obesidad, lo cual es erróneo, ya que de acuerdo a la norma para población mexicana se clasifica a una persona con sobrepeso cuando su IMC se sitúa entre 25-29.9, en cambio las personas obesas presentan un IMC igual o superior a 30 (Vargas & Casillas, 1993).

Asimismo, cabe hacer notar que de acuerdo al *DSM-IV-TR* ([APA], 2000) la obesidad por si sola no es un TCA, a menos que acompañe al TPA o bien a la BN. Y de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (*CIE-10 [World Health Organization, WHO, 1992]*) tampoco lo es, pero en la sección de Trastornos del Comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, de dicho manual, se describe una **obesidad reactiva** que se asocia con sobreingestión ocasionada por otros disturbios psicológicos: la sobreingestión o ingestión excesiva de alimento como resultado de acontecimientos o eventos estresantes que generan obesidad. Por ejemplo: duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una "obesidad reactiva", en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso (Vandereyckend, 2001).

De acuerdo con lo antes planteado, la obesidad puede acompañar en algunas ocasiones a los Trastornos Alimentarios, principalmente al Trastorno por atracón, que como ya se mencionó suele caracterizarse de atracones alimentarios.

Dos modelos que intentan explicar la asociación entre atracón y obesidad son los siguientes:



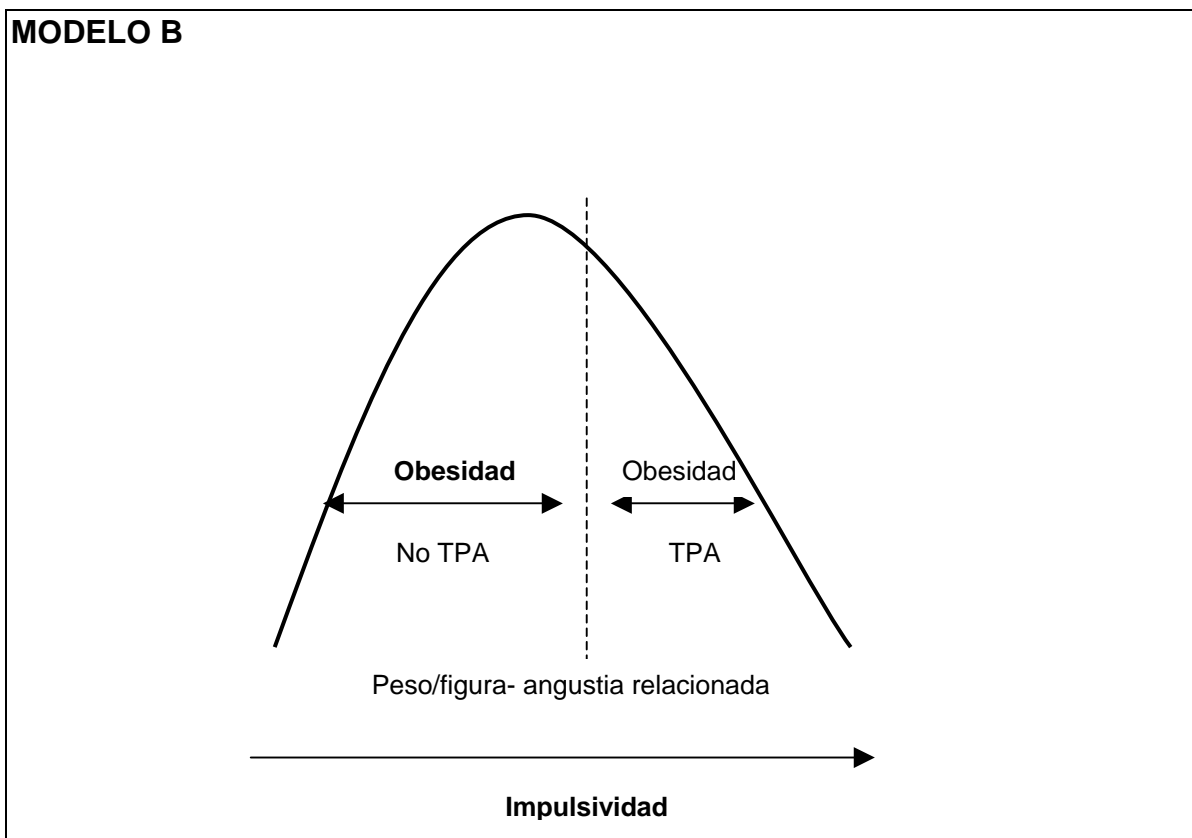
**FIGURA 4.** Psicopatología en la obesidad.

Fuente: Devlin, Goldfein & Dobrow (2003, S13).

El modelo “A” sugiere que el TPA es una característica o condición que emerge de dos trastornos primarios coexistentes, por ejemplo: el TPA surge cuando la obesidad (u obesidad potencial) y psicopatología general —particularmente depresión— co-ocurren. El atracón alimentario como un marcador de psicopatología entre individuos obesos ha sido propuesto y discutido detalladamente en otros estudios. Los argumentos que se han planteado a favor de este modelo son: 1) pacientes obesos con TPA difieren de los individuos sin TPA en la comorbilidad psiquiátrica, 2) en estudios con muestra comunitaria se ha identificado a la obesidad y los trastornos psiquiátricos como factores de riesgo



para el TPA y 3) el atracón es sugerido como una característica atípica de depresión (véase Figura 4).



**FIGURA 5.** Psicopatología en la obesidad.

Fuente: Devlin, Goldfein & Dobrow (2003, S13).

El modelo “B” considera que la disforia peso/figura y angustia relacionada con el peso, así como la impulsividad son fenómenos que subyacen al atracón alimentario entre individuos obesos. De acuerdo con este modelo, la angustia extrema ante la imagen corporal en los individuos obesos puede desencadenar el atracón alimentario, quizás debido a un intento poco realista e infructuoso de restricción alimentaria para mejorar la imagen corporal. No obstante, una limitación de este modelo es que los individuos con TPA no presentan grandes restricciones

en su conducta alimentaria entre episodios alimentarios. Sin embargo, son más frecuentes las dietas y fluctuaciones en su peso corporal que en los obesos sin TPA. Otra potencial dimensión del TPA en muestras de obesos es la impulsividad, los hallazgos señalan que el atracón alimentarios entre obesos se asocia con altos niveles de impulsividad u otras conductas problemáticas, como por ejemplo: las compras compulsivas; sustentado así el concepto de que el atracón alimentario es una manifestación de una alta impulsividad entre individuos predispuestos a la obesidad ( [Figura 5], Devlin et al., 2003).

Considerando lo antes expuesto, la población de obesos es un grupo heterogéneo, por lo que se debe de dividir en muestra con y sin TPA (véase Tabla 5). Las investigaciones al respecto indican que los obesos con atracón alimentario o TPA son clínicamente diferentes de los obesos sin Trastorno del comportamiento Alimentario en los aspectos siguientes:

- 1) Mayor problemática en relación con el peso corporal: IMC más elevado, inicio temprano del sobrepeso, oscilación del peso corporal (de Zwann et al., 1990), mayor % de grasa corporal e historia familiar del sobrepeso (Giusti, Héraïef, Gaillard & Burckhardt, 2004; Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002).
- 2) Alteraciones alimentarias: inicio temprano de las dietas (Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff & Devlin, 1993), restricción alimentaria, desinhibición, susceptibilidad al hambre y preocupación por la comida (Adami, Campostano, Marinari, Ravera & Scopinaro, 2002; Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli & Walsh, 2002; Kalarchian, Wilson, Brolin & Bradely, 1998, Kuehnel & Wadden, 1994; Hsu et al., 2000; le Grange, Gorin, Catley & Stone, 2001; Telch & Stice, 1998). Asimismo, se ha detectado que la alimentación se encuentra asociado con las emociones (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet & Barbe, 2003).

- 3) Problemática psicológica que se caracteriza por: impulsividad (Nasser, Gluck & Geliebter; 2004), alexitimia, insatisfacción corporal (Guss et al., 2002; Matosa, et al., 2002), motivación para adelgazar, sentimientos de ineficacia, identificación interoceptiva (Antonioun, Tasca, Wood & Bissada, 2003; Kuehnel & Wadden, 1994; Ramacciotti et al., 2000; Tasca et al., 2003), baja autoestima (Telch, Agras & Rositer, 1994; Striegel-Moor, Wilson, Wilfley, Elder & Brownell, 1998) y comorbilidad psiquiátrica —principalmente ansiedad y depresión— (Anthony, Johnson, Carr-Nangle & Abel, 1994; Yanovski et al., 1993).

**TABLA 5.** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón (Continua).

<b>Autores</b>	<b>Muestra</b>	<b>Tipo de muestra</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
Kolotkin, Revis, Kirkley & Janick (1987)	207 mujeres con un promedio de edad de 45.26 años, un peso corporal de 213 libras y porcentaje de sobrepeso de 69.60	Clínica	IDB, SCL-90, (MMPI)	Las escalas del MMPI que predicen la severidad del atracón alimentario Hipocondriasis, Paranoia e Introversión Social,
Yanosvski, Nelson, Dubbert & Spitzer (1993)	89 mujeres obesas y 39 hombres obesos, con edades que oscilaban de los 18 a 49 años,	Clínica	BES, QEWP-R, Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R.	Se identificaron 43 pacientes (33 mujeres y 20 hombres) con diagnóstico con TPA. Los resultados señalan que los sujetos obesos con TPA presentan más comorbilidad psiquiátrica, relacionada con el eje I del DSM-III-R: depresión mayor, trastornos de pánico y BN, en tanto que en el eje II del DSM-III-R, se observan altas tasas de trastorno de personalidad límite (borderline) y trastorno de personalidad de evasión. Asimismo muestran una mayor historia de psicoterapia y tienen más familiares de primer grado con abuso de sustancias (alcohol y drogas).
Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff & Devlin (1993)	10 mujeres obesas con TPA ( $\bar{x}$ de edad= 37) 10 mujeres obesas sin TPA ( $\bar{x}$ de edad= 42)	Clínica	QEWP-R, BES, TFEQ y RS	No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la edad, IMC, edad de inicio de la obesidad y peso perdido durante las dietas. Las obesas con TPA presentaron mayores puntuaciones en los factores de <b>desinhibición</b> y <b>susceptibilidad al hambre</b> del TFEQ y en la Escala de Restricción de Herman y Mack. Asimismo, se encontró que el grupo de obesas con TPA presentaban un consumo significativamente más alto de caloría, y mayor duración de los episodios de alimentación (comidas).
Spitzer et al., (1993b)	1,785 sujetos que provenían de 18 programas de reducción de peso ( $\bar{x}$ de edad= 42.9), 216 sujetos de muestra comunitaria ( $\bar{x}$ de edad= 34), 728 estudiantes ( $\bar{x}$ de edad= 22.3), y 75 pacientes con BN ( $\bar{x}$ de edad= 25.8).	Clínica y comunitaria	QEWP-R	43% del grupo con TPA y 27% del grupo sin TPA, señalaron historia de una obesidad severa. Los grupos con TPA reportaron un inicio temprano del sobrepeso y dieta.
Wilson, Nonas & Rosenblum (1993)	71 hombres y 99 mujeres con una media de edad de	Clínica	EDE-Q	31 de los 170 sujetos fueron diagnosticados con atracón (18.2%), 22 (71%) fueron mujeres y 9 (29%) fueron hombres. La media de edad de los pacientes con atracón fue de 41 años (rango = 25-68 años). El IMC para las mujeres con atracón fue de 34 y para los hombres de 36.5. No se presentaron diferencias entre los grupos con y sin atracón en el

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

				<p>peso corporal y en la circunferencia de la cintura y cadera. Pero si se observa que los grupos con atracón presentan mayor <b>porcentaje de grasa</b> (38.3%). Asimismo el 64% reportó que el atracón precede a su obesidad.</p> <p>Los participantes con atracón obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en 7 de los reactivos del EDE-Q.</p> <p>Los grupos con atracón señalaron incapacidad para controlar su alimentación (específicamente café, chocolate, y dulces), asimismo, manifestaron más insatisfacción corporal (se sentían más gordos y un mayor temor a ganar peso e inconformidad con su figura, de manera que evitaban ver sus cuerpos), al mismo tiempo indicaron aislarse de los demás con el objetivo de comer en secreto.</p>
Kuehnel & Wadden (1994)	70 mujeres ( $\bar{X}$ de edad= 42.7 años, DE= 8; $\bar{X}$ de peso corporal= 163.2, DE= 6.2; $\bar{X}$ de IMC= 36.5 Kg/m <sup>2</sup> , DE= 5.9)	Clínica	IDB, EDI-2 y TFEQ	<p>11 mujeres fueron diagnosticadas con TPA, 29 con problemas alimentarios (atracción) y 30 sin atracón.</p> <p>Los grupos con TPA obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los grupos con atracón y control en la <b>depresión</b>, así como, en la <b>motivación para adelgazar</b> y los <b>sentimientos de ineficacia</b>.</p> <p>También se detectó que las mujeres con TPA consumen grandes <b>cantidades de comida como respuesta a ciertos estados emocionales</b>.</p>
Anthony, Johnson, Carr-Nangle & Abel (1994)	72 mujeres, divididas en síndrome total de TPA, síndrome parcial de TPA y sin Trastorno de Alimentario (Control)	Clínica	Auto-reporte de psicopatología e imagen corporal.	<p>Los participantes que cumplieron con todos los criterios para TPA presentaron mayor psicopatología (depresión y ansiedad) y alteraciones de la imagen corporal, que los grupos con síndrome parcial y el control.</p>
Telch & Agras (1994)	107 mujeres obesas con un promedio de 45 años, un peso corporal de 227.9 libras e IMC de 38 kg/m <sup>2</sup> . Los sujetos fueron divididos en moderado o severo atracón y moderada o severa obesidad.	Clínica	SEBQ, BES, SCL-90, IDB, IIP y Escala de Autoestima Rosenberg.	<p>Se encontró una correlación significativa entre la puntuación del BES y las medidas psicológicas, de manera que a mayor severidad en el atracón más sintomatología de depresión, baja autoestima, sintomatología psiquiátrica y problemas interpersonales. Asimismo, se identificó que las mujeres del grupo con atracón severo presentaron puntuaciones significativamente mayores en SCL-90, Inventario de Depresión Beck, Inventario de Problemas Interpersonales (IIP), Escala de Autoestima Rosenberg.</p>
Grissett & Fitzgibbon (1996)	144 obesos con atracón y 48 obesos sin atracón, con una media de edad de 41.8 años y un IMC de 39.3 kg/m <sup>2</sup> .	Clínica	BSI, SCL-90, BDI e WHQ	<p>Los obesos con atracón presentaron menos intentos de control del peso y más sobrepeso, un temprano inicio de la obesidad, numerosos intentos previos de dieta, así como menos intentos de resistencias al consumo de alimentos y más alimentación social, atracón, alimentación emocional negativa, sintomatología de depresión y psicopatología.</p> <p>De los 144 obesos con atracón, 72 cumplieron con los criterios diagnósticos para TPA. Los resultados señalan que los participantes con TPA muestran una mayor severidad en el atracón alimentario y un</p>

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

				alto nivel de depresión.
Gladis, Wadden, Foster, Vogt & Wingate (1998)	128 mujeres con una edad promedio de 40.9 años, un peso corporal de 97.9, un IMC de 36.3 kg/m <sup>2</sup> , y una edad de inicio de la obesidad de 19.9 años.	Clínica	BES, QEWP-R, IDB y MMPI-2.	Las mujeres con TPA presentaron más desinhibición y más psicopatología (depresión, introversión social y masculinidad-feminidad).
Telch & Stice (1998)	61 mujeres con TPA y 60 controles.	Comunitaria	QEWP-R, Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III, SCID-II, BES, TFEQ, EDE-Q, Escala de Autoestima de Rosenberg y SCL-90.	El 88% del grupo con TPA y el 78% del grupo control presentaban obesidad. Las participantes con TPA reportaron un promedio de 4.5 atracones y 3.4 días de atracón a la semana. Las mujeres con TPA tienen más alta prevalencia de depresión mayor y una historia de algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico del eje I y II del DSM-III-R. Asimismo se identificó en estas mujeres una mayor restricción alimentaria y más preocupación por la comida, peso y figura, así como más desinhibición y susceptibilidad al hambre
Miller, Watkins, Sargent & Rickert (1999)	79 (52 mujeres y 27 hombres) pacientes obesos que fueron diagnosticados con TPA. La edad promedio de los participantes fue de 48.89 años e IMC de 31.24.	Clínica	WEL y BES	Con respecto a los sentimientos de ineficacia, se detectó que los obesos que presentan TPA, mostraban una baja auto-eficacia en comparación con los obesos sin TPA. Asimismo observaron una asociación entre la severidad del atracón alimentario y las bajas tasas de auto-eficacia.
Kalarchian, Wilson, Brolin & Bradely (1998)	64 pacientes (15 hombres y 49 mujeres) candidatos a cirugía gástrica con IMC 52 (rango de 36.6-73.7).	Clínica	IDB, TFEQ y EDE.	25 de los 64 pacientes fueron clasificados con atracón. Los pacientes con atracón presentaron más altas puntuaciones en la escala de <b>preocupación por la alimentación, peso y figura</b> del EDE, así como en <b>desinhibición y hambre</b> del TFEQ.
Striegel-Moor, Wilson, Wilfley, Elder & Brownell (1998)	De una muestra de 3,287 mujeres y hombres obesos, se seleccionó a 4 grupos: 1) <b>Grupo con TPA:</b> 33 mujeres ( $\bar{X}$ de edad= 42.63 años) y 20 hombres ( $\bar{X}$ de edad= 42.79), 2) <b>grupo con subumbral de TPA:</b> 79 mujeres ( $\bar{X}$ de edad= 43.20) y 40 hombres ( $\bar{X}$ de edad= 47.85), 3) <b>grupo con atracón:</b> 21 mujeres ( $\bar{X}$ de edad= 47.38) y 39 hombres ( $\bar{X}$ de edad= 47.82),	Comunitaria	Escala de Autoestima de Rosenberg	Los obesos que presentan subumbral de TPA y TPA a diferencias de los obesos con atracón y controles, exhiben una mayor discrepancia entre su figura ideal y actual, más insatisfacción corporal y el dan una mayor importancia al peso corporal. Asimismo manifestaron más baja autoestima y más sentimientos de tristeza. Las evidencias sugieren que en la población de obesos existe un <b>continuo de vulnerabilidad.</b>

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

	<b>4) grupo control:</b> 80 mujeres ( $\bar{X}$ de edad = 44.70) y 80 hombres ( $\bar{X}$ de edad = 50.83).			
Alger, Malone, Cerulli, Fein & Howard (1999)	22 obesos con atracón severo, 17 con atracón moderado y 16 sin atracón.	Clínica	BES y IDB	No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos en la edad, peso corporal, IMC y circunferencia cintura-cadera, Los grupos con atracón severo presentaron mayores puntuaciones en el Inventario de Depresión Beck.
Ramacciotti et al. (2000)	66 personas obesas	Clínica	SCID, Entrevista Clínica de Trastornos Alimentarios y Chequeo de Síntomas, EDI-2.	12 personas fueron diagnosticadas con TPA. El grupo con TPA presentó mayores puntuaciones en los siguientes factores del EDI-2: <b>bulimia, sentimientos de ineficacia e identificación interoceptiva</b> . Así como más psicopatología en general.
Nauta, Hospers, Jansen & Kok (2000)	74 mujeres obesas ( $\bar{X}$ de edad= 38.3 años, DE = 7.1 y $\bar{X}$ de IMC = 33.4, DE = 4.2): 37 con TPA y 37 sin atracón.	Comunitaria	EDE-Q	Fue más frecuente que las obesas con TPA presentaran una <b>autoevaluación negativa hacia la figura, peso y alimentación</b> .
Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn (2000)	105 mujeres con TPA, 47 con AN, 53 con BN, 42 sin TCA nomopeso (control) y 15 sin TCA con obesidad. La edad de los participantes oscilaba de los 18 y 65 años y un IMC entre un 27 y 48.	Clínica	EDE	Las pacientes con TPA y sobrepeso control fueron de mayor edad, que las BN, AN y nomopeso control. Las pacientes con BN reportan más episodio de atracones objetivos que las pacientes con TPA. Los pacientes con TPA presentaron más bajos niveles de <b>restricción alimentaria</b> en comparación con las BN y AN, así como niveles comparables a las pacientes con AN en la <b>preocupación por la alimentación</b> , pero notablemente más bajos que las BN. Asimismo se observó niveles semejantes de <b>preocupación por el peso y la figura en las pacientes</b> con TPA y BN, sin embargo, fueron significativamente más altos que en las AN. Por otro lado, los pacientes con TPA reportaron más psicopatología que las muestras control (normopeso y obesas).
Le Grange, Gorin, Catley & Stone (2001)	42 pacientes con sobrepeso ( $\bar{X}$ de edad= 47.57 años, DE= 10.57): 22 con TPA y 20 sin TPA.	Comunitaria	TFEQ, IDB, EDE-Q y SCL-90-R	Los pacientes con TPA reportaron como antecedente próximo del atracón al <b>estrés</b> . Asimismo, presentaron puntuaciones significativamente más altas en los factores <b>preocupación por la figura, peso y alimentación</b> del EDEQ y en los factores de <b>hambre y desinhibición</b> del TFEQ. Los participantes con TPA obtuvieron significativamente más altas puntuaciones en la <b>sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, índice de severidad global</b> y en la calificación total de los síntomas positivos del SCL-90-R y en el Inventario de Depresión Beck.

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

<p>Geliebter, Hassid &amp; Hashim (2001)</p>	<p>85 pacientes con sobrepeso con un rango de edad de 23 a 62 años. Esta muestra fue dividida en 2 grupos: 30 con TPA y 55 sin TPA</p>	<p>Clínica</p>	<p>QEWP-R y Escala de Depresión Zung</p>	<p>Los pacientes con TPA presentaron más altas puntuaciones en la escala de depresión de Zung, sin embargo no se observaron diferencias entre el género, ni en la interacción entre las variables género y atracón.</p>
<p>Watkins, Sargent, Miller, Ureda, Drane &amp; Richter (2001)</p>	<p>210 mujeres con una media de edad de 48.57 años, un peso corporal de 181.96 libras e IMC de 30.36 kg/m<sup>2</sup> Con esta muestra se conformaron tres grupos: 30 con TPA, 146 sin TCA y 34 Bordeline y TPA</p>	<p>Clínica</p>	<p>QEWP-R, WEL y EATS</p>	<p>Las mujeres con TPA y con Trastorno Borderline y TPA presentaban puntuaciones significativamente bajas en las 5 subescalas del Cuestionario de estilos de vida de la eficacia del peso —emociones negativas, disponibilidad, presión social, estrés físico y actividades positivas— y en su puntuación total. Así como en la EATS.</p>
<p>Adami, Campostano, Marinari, Ravera &amp; Scopinaro (2002)</p>	<p>166 pacientes obesos divididos en tres grupos: 18 con Síndrome de Alimentación Nocturna, 54 con TPA y 94 sin TCA</p>	<p>Clínica</p>	<p>TFEQ</p>	<p>Los pacientes con TPA obtuvieron mayores puntuaciones en los factores de <b>desinhibición</b> y <b>hambre</b> del TFEQ.</p>
<p>Borges, Jorge, Morgan, Silveira &amp; Custódio (2002)</p>	<p>217 mujeres con sobrepeso, con un rango de edad de 15 a 17 años.</p>	<p>Clínica</p>	<p>QEWP-R, IDB y TAS</p>	<p>Las mujeres con TPA presentaron mayor IMC, más oscilaciones del peso, mayor peso corporal y un temprano inicio del sobrepeso, asimismo reportaron más <b>síntomas depresivos y alexitimia</b>.</p>
<p>Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli &amp; Walsh, (2002)</p>	<p>18 mujeres con edades entre los 18 y 45 años. Las cuales fueron divididas de acuerdo a IMC: a) IMC alto= &gt;38 kg/m<sup>2</sup>, b) IMC bajo= entre 28 y 32 kg/m<sup>2</sup> y nomopeso controles. A su vez estos grupos se dividieron en grupos con y sin TPA. De manera que se conformaron 5 grupos: obesos con alto IMC con TPA, obesos con alto IMC sin TPA, obesos con bajo IMC con TPA, obesos con bajo IMC sin TPA controles nomopeso.</p>	<p>Comunitaria</p>	<p>TFEQ</p>	<p>Las comidas durante los atracones son de mayor tamaño que las comidas normales en los pacientes obesos con un alto IMC que fueron diagnosticados con TPA. Los grupos de obesos con TPA presentaron mayores puntuaciones en los factores de <b>desinhibición y hambre</b> del TFEQ.</p>



**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

Hsu et al. (2002)	37 sujetos con obesidad extrema (IMC $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> ) ( $\bar{X}$ de edad = 37.5, DE= 9.7; $\bar{X}$ de IMC = 50.3, DE = 9.9): 31 mujeres ( $\bar{X}$ de edad = 36.2, DE = 10.2), 6 hombres ( $\bar{X}$ de edad = 41.1, DE = 7.4)	Clínica	EDE, TFEQ, SCID-IV y Paradigma de Alimentación 24 horas.	25% de los sujetos fueron clasificados con TPA (11% cumplieron con los criterios totales y 14% con síndrome parcial) y 75% sin TPA. Los participantes con síndrome total y parcial de TPA reportaron más patología alimentaria ( <b>desinhibición, restricción alimentaria, hambre y preocupación por la alimentación</b> ). No se detectaron diferencias entre los sujetos con y sin TPA en la comorbilidad psiquiátrica del eje I del DSM-IV. También se detectó que en un periodo de 24hrs., los participantes con TPA consumían más líquidos que los participantes sin TPA.
Matos et al. (2002)	50 pacientes con IMC entre 40 y 81.7 kg/m <sup>2</sup> y un rango de edad de 18 a 56 años.	Clínica	QEWP-R, IDB e Inventario de Ansiedad Rasgos-Estado.	La frecuencia de TPA y atracón fue de 36% y 54%, respectivamente. La frecuencia de TPA en los hombres fue de 49% y en las mujeres de un 35%. La frecuencia de TPA fue más alta en el grupo con ansiedad como rasgo de personalidad (46%) que como estado (13%), asimismo se encontró que la frecuencia de atracón fue más alta en los pacientes con gran insatisfacción corporal. Los obesos tipo III y IV señalan más atracones alimentarios.
Berrocal & Ruíz (2002)	118 mujeres con IMC > 40, 21 con TPA, 26 con síndrome subclínico de TPA y 71 sin episodios de atracón.	Clínica	SCL-90-R, IDB, CES, BULIT, BSQ, Escala de Retricción, EDI y Cuestionario de Estatus Funcional	No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos en la ansiedad, depresión y psicopatología en general (factores evaluados con la SCL-90-R). El grupo con TPA presentó una puntuación de 15.8 en el Inventario de Depresión Beck. Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la insatisfacción corporal entre los grupos. Los grupos con TPA presentaron mayores puntuaciones que el grupo con síndrome subclínico en el Total del BULIT. Mientras que las mujeres con síndrome subclínico de TPA obtuvieron mayores puntuaciones que la obesas sin episodio de atracón en el total del BULIT y en sus factores sentimientos negativos asociados a la ingestión de alimentos, mayor preferencia por alimentos hipercalóricos y menos habilidad para controlar su ingestión en ausencia de hambre.
Zwaan et al. (2002)	110 pacientes con una $\bar{X}$ de edad 39.2 años y IMC promedio de 48.4 kg/m <sup>2</sup> .	Clínica	QEWP-R, Cuestionario de Autoestima de Rosenberg, IDS, SF36, IWQOL y HRQOL.	19 pacientes fueron diagnosticadas con TPA y 91 sin TPA. Las pacientes con y sin TPA no se diferenciaron en la edad e IMC. Las pacientes con TPA presentaron menores puntuaciones en 4 de las 8 subescalas del SF-36, tres de estas escalas se encuentran relacionadas con la salud mental (vitalidad, funcionamiento social y rol emocional) y una con salud física ( rol físico), esta misma tendencia se encontró en el total y tres de 5 subescalas del IWQOL (autoestima, vida sexual y trabajo). Los pacientes con TPA se ven afectados se encuentran afectados en la salud emocional y física

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón.

Picot & Lilienfeld (2003)	50 (46 mujeres y 4 hombres) participantes fueron seleccionadas de una muestra de 604 ( $\bar{x}$ de edad = 41.32)	Comunitaria	EDE y SCID-II	La frecuencia y tamaño del atracón se asocio positivamente con el IMC.
inaquy, Chabrol, imon, Louvet & Barbe (2003)	169 mujeres obesas: 40 mujeres con TPA y 129 sin TPA	Clínica	IDB, IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, Cuestionario de Conductas Alimentarias Holandesas, Escala de Percepción del Estrés y Escala de Alexitimia de Toronto.	Las pacientes con TPA exhibieron mayores puntuaciones en el Inventario de Depresión Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y Escala de Percepción del Estrés, así como en los factores alimentación emocional y externa del Cuestionario de Conductas Alimentarias Holandesas y en los factores dificultad en distinguir sus sentimientos y emociones corporales y inhabilidad para describir los sentimientos de la Escala de Alexitimia de Toronto.
Jirilk-Babb & Geliebter (2003)	43 mujeres obesas: 21 con atracón alimentario ( $\bar{x}$ de edad= 43.52) y 22 sin atracón ( $\bar{x}$ de edad= 43.54).	Clínica	QEWP-R, IDB, IAB e Inventario de Autoestima de Coopersmith	Las mujeres obesas con atracón refieren más depresión y más baja autoestima.
Fontenelle et al. (2003)	67 obesos fueron clasificados en: obesos con (n= 33) y sin atracón alimentario (n= 32). Con un promedio de edad de 35 años.	Clínica	IDB, BES y SCID-IV	Los grupos no se diferenciaron estadísticamente en Edad, género, raza, nivel socioeconómico y educativo e IMC. Pero se encontró que los grupos de obesos con atracón presentaron mayores puntuaciones en el Inventario de Depresión Beck y en la Escala de Atracón Alimentario (BES). Los pacientes obesos con atracón tuvieron mayor probabilidad de cumplir con algún diagnóstico del eje I del DSM-IV (algún trastorno del estado de ánimo y de ansiedad).
Antonioun, Tasca, Wood & Bissada (2003)	130 mujeres obesas con un promedio de edad de 39.73 años, de las cuales 83 fueron diagnosticadas con TPA y 47 con atracón.	Clínica	EDI-2, EDE-Q y PAI	Las mujeres con TPA mostraron más síntomas bulímicos, pero no se encontraron diferencias entre los grupos en el resto de las subescalas del EDI-2 y la psicopatología (ansiedad y depresión) y la edad de la primera dieta, fluctuaciones de peso y percepción del peso en la niñez.
Giusti, Heraïef, Gaillard & Burckhard (2004)	138 pacientes (20 hombres y 118 mujeres) con un rango de edad de los 15 a los 68 años.	Clínica	Medidas antropométricas	110 pacientes tuvieron una media de edad de 39 años, IMC de 35 kg/m <sup>2</sup> , circunferencia de la cintura de 99cm., ICC de 82 y un porcentaje de grasa de 41.6. De esta muestra 22% (n= 24) fueron diagnosticadas con TPA. Además se encontró que el IMC y el ICC fueron más altos en los pacientes con TPA. También se detectó que el 75% de las pacientes con TPA presentaron un IMC >35 y 92% circunferencia ICC >88. El 83% de las pacientes con TPA presentó fluctuaciones en su peso corporal y 79% tratamientos a base de fármacos para disminuir de peso.

**TABLA 5 (Continuación).** Investigaciones que comparan a muestras de obesos con y sin atracón

Vardar, Caliyurt, Arikan & Tuglu (2004)	36 pacientes con una media de edad de 30.2 años, que acudían a tratamiento de control de peso (8 hombres y 28 mujeres) y 37 obesos controles.	Clínica	Entrevista Sociodemográfica, Semiestructurada, Entrevista Estructurada de acuerdo a los criterios Diagnósticos del DSM-IV, BITE, SCL-90-R e PSQI.	De los pacientes que acudían a tratamiento de control de peso se diagnosticaron 8 casos con TPA. Los resultados indican que los pacientes con TPA y sin TPA que estaban en tratamiento de control de peso tenían un mayor IMC que los pacientes controles. Además se detectó que las pacientes con TPA que acudían a tratamiento presentaron menor calidad en el sueño (latencia más larga) y más severidad en el atracón, conductas obsesivo-compulsivas y somatización.
Nasser, Gluck & Geliebter (2004)	Individuos obesos divididos en control (n= 11, $\bar{X}$ de edad= 34.3 años), con síndrome parcial de TPA (n= 11, $\bar{X}$ de edad= 28.2 años) y síndrome completo de TPA (n= 11, $\bar{X}$ de edad= 29 años).	Control	Escala de Depresión Zung, Escala de Restricción Alimentaria, BES y Escala de Impulsividad de Barrat	Los obesos con síndrome total de TPA se diferenciaron de los obesos con síndrome parcial de TPA y los controles en la subescala de impulsividad motora del (BIS), siendo los primeros quienes obtuvieron mayores puntuaciones. Asimismo, se encontró que a) la Escala de Depresión Zung se correlacionó con la duración de las comidas y b) una asociación entre la Escala de Impulsividad y la pérdida de control en el atracón, alimentación sin hambre y comer a solas por vergüenza.
Didie & Fitzgibbon (2005)	96 participantes diagnosticadas con TPA (12 hombres y 48 mujeres) ( $\bar{X}$ de edad = 38.9 años). Esta muestra fue dividida en tres grupos de acuerdo a su IMC: normopeso, sobrepeso y obesidad.	Clínica	QEWP-R, IDB, SCL-90 y EDI-2.	No se encontraron diferencias entre los grupos normopeso, sobrepeso y obesidad que fueron diagnosticados con TPA, en las variables psicológicas (depresión y síntomas psiquiátricos), ni en la patología alimentaria (medidos mediante el EDI-2).
Jirilk-Babb & Geliebter (2005)	48 mujeres (24 con atracón y 22 sin atracón) y 13 hombres (4 con atracón y 9 sin atracón).	Clínica	QEWP-R, IDB, IAB e Inventario de Autoestima de Coopersmith	Las mujeres tienen más altos niveles de depresión que los hombres. Se presentaron diferencias significativas entre los grupos con y sin atracón en el género, depresión y ansiedad, siendo los grupos con atracón quienes obtuvieron las mayores puntuaciones, mientras que en la autoestima, obtuvieron menores puntuaciones. No se detectaron interacción entre atracón y género.

Abreviaturas:  $\bar{X}$  : media, DE= desviación estándar; SCID-IV: La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV; EDE: Examen de los Trastornos Alimentarios; EDE-Q: Cuestionario Examen de Trastornos Alimentarios. BSQ: Cuestionario de Insatisfacción Corporal; Mini-DIPS: Entrevista Diagnóstico Estructurada; SCID-IV: La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV; SCAN: Programa de Evaluación Clínica en Neurociencias versión Holandesa; TCI: Inventario de carácter y Temperamento versión Holandesa. DEBQ: Cuestionario de Conducta Alimentaria versión Holandesa; MPS: Escala Multidimensional de Perfeccionismo; QEWP-R: Cuestionario de Patrones de Peso-Revisada; EDE-Q: Cuestionario del Examen de Trastornos Alimentarios; BES: Escala de Atracón Alimentario; IDB: Inventario de Depresión Beck; EDI: Inventario de Trastornos Alimentarios; EDQ: Cuestionario de Trastornos Alimentarios; Entrevista Estructurada de acuerdo al DSM-IV; EDI-2: Inventario de Trastornos Alimentarios; TFEQ: Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación; TAS: Escala de Alexitimia de Toronto; SCL-90: Lista de Chequeo de Síntomas; SCID: Entrevista Clínica Estructurada; MMPI: Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota; PAI: Inventario de Evaluación de Personalidad; MMPI-2: Inventario de Personalidad Multifásico Minnesota; CES: Escala de Alimentación Compulsiva; BULIT: Cuestionario de Bulimia; IWQOL: Cuestionario de la Calidad de Vida sobre el Impacto del Peso; SEBQ: Cuestionario de Conductas Alimentaria de Stanford;

IIP: Inventario de Problemas Interpersonales; WEL: Cuestionario de Estilos de Auto-eficacia del Peso; EATS: Escala de Atribuciones Alimentarias; BITE: Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo; PSQI: Índice de Calidad del Sueño; BSI: Índice de Síndrome de Borderline; WHQ: Cuestionario de Historia de Peso; IDS: Inventario de Síntomas de Depresión; RS: Escala de Restricción.

## 5. VARIABLES IMPORTANTES PARA ESTUDIAR EL TPA

Después de una revisión sobre el tema, parece necesario seis ejes de análisis en el estudio del TPA: 1) tipo de alimentos consumidos, 2) características psicológicas, 3) comorbilidad psiquiátrica, 4) desencadenantes del problema, 5) diferencias entre muestra de mujeres y hombres con TPA y 6) instrumentos de evaluación

### 5.1 Tipo de alimentos consumidos durante el atracón

Durante el atracón suelen consumirse grandes cantidad de carbohidratos y alimentos con poco valor nutritivo (alimentos "chatarra"), por ejemplo: a) un galón de helado cremoso, b) una docena de buñuelos, c) varias hamburguesas y d) una caja de galletas o pedazos (Lyons, 1998). No obstante, Faiburn (1998) ha sugerido que lo que caracteriza al atracón alimentario no es su composición en términos de carbohidratos, grasas o proteínas, sino **la cantidad excesiva de comida** que se ingiere. Por lo que no es nada raro que en promedio se consuman de  $1,053 \pm 675$  a  $2,964 \pm 127$  calorías durante el atracón (Anderson, Williamson, Jonson & Grieve, 2001; Bartholome, Raymond, Lee, Peterson & Warren, 2006; Geliebter et al., 2001; Goldfein et al., 1993; Gosnell et al., 2001; Guss et al., 2002; Telch & Agras, 1996a; Telch & Agras, 1996b; Walsh & Boundreau, 2003; Yanovski et al., 1992). Lo que sí parece claro es que durante el atracón se ingieren los alimentos que la persona está intentando omitir (alimentos prohibidos) con el objetivo de reducir o controlar el peso corporal.

Así, la evaluación del atracón alimentario no está en función del tipo de alimentos consumidos, lo importante es la enorme cantidad de alimentos que la persona señala haber ingerido y la pérdida de control sobre dicha conducta.

## **5.2 Características psicológicas asociada al TPA**

Las características psicológicas que presentan los pacientes con TPA son:

- a) Dificultad para controlar impulsos, la falta de asertividad y gran hostilidad (Kalman, Cascarano, Krieger, Incledon & Woolsey, 2002).
- b) Baja autoestima (Grilo, citado en Fairburn & Brownll, 2002, Jirik-Babb & Geliebter, 2003; Striegel-Moor et al., 1998).
- c) Perfeccionismo, pensamientos dicotómicos y sentimientos de ineficacia (Fairburn, 1998; Pratt et al., 2001).
- d) Incapacidad para diferenciar entre los estados internos de hambre y saciedad (identificación interoceptiva) (Ramacciotti et al., 2000).
- e) Insatisfacción corporal (Fairburn, 1998; Mitchell & Mussell, 1995).

## **5.3 Comorbilidad psiquiátrica**

La población con TPA presenta tasas elevadas de comorbilidad psiquiátrica en el eje I y II del DSM-IV, tales como Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad, Trastornos de Personalidad de Evasión, Trastorno de Personalidad Límite (Antony et al., 1994; Bulik, Sullivan & Kendler, 2002; de Zwaan et al., 1994; Fairburn, 1998; Fontenelle et al., 2003; Grilo, 2004a; Mussel et al., 1996; Raymond et al., 1999; Smith et al., 1994; Specker, de Zwaan, Raymon & Mitchell, 1994; Stunkard & Allison, 2003; Telch & Stice, 1998; Wilfley et al., 2002; Yanovski et al., 1993;) y Trastorno de Pánico (Ramacciotti et al., 2000), así como pensamientos suicidas y estrés. Sin embargo, el porcentaje de Trastornos Psiquiátricos es menor en esta clase de pacientes, en comparación con pacientes con BN (Jonson et al., 2001; Mitchell & Mussell, 1995).

Al respecto Yanovski (1993 citado en Guisado & Vaz, 2001), señala que la prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en pacientes con TPA es de un 60% en el

eje I y de un 35% en el eje II, comparado con pacientes sin trastorno alimentario que exhiben un 34% de trastornos psiquiátricos en el eje I y un 16% en el eje II.

Asimismo en un estudio llevado a cabo por Pike, Dohm, Striegel-Moore, Wilfley y Fairburn (2001) en una población de mujeres de distinto grupo étnico (blancas y negras), encontraron que las mujeres blancas y negras con TPA mostraron tasas parecidas de comorbilidad de Trastornos Psiquiátricos del eje I, en contraste con las mujeres sin trastorno alimentario, no obstante, las mujeres blancas tuvieron 2 veces más probabilidad de cumplir con múltiples diagnósticos en el eje I.

El National Women Study detectó que la prevalencia de vida de estrés postraumático en personas con atracón fue del 9% al 21% en mujeres sin trastorno alimentario (García-Camba, 2001).

Otros estudios han encontrado que al dividir a la muestra de mujeres con TPA que presentaba historia de trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno bipolar o distimia) o historia de abuso de sustancias (abuso o dependencia de drogas o alcohol). Se detecta que las mujeres con TPA que presentaban historia de trastornos afectivos en contraste con las mujeres con TPA que no presentan dicha historia exhiben una alta frecuencia de atracones y menor dieta restrictiva, así como, niveles más altos de depresión, estrés y comorbilidad psiquiátrica. En tanto que las mujeres con TPA con historia de abuso de sustancias presentan más impulsividad y atracones que las mujeres con TPA que no reportan historias de abuso de sustancias (Peterson, Millar, Crow, Turras & Mitchell, 2005).

Dos variables importantes que tienen que ser consideradas en los estudios de comorbilidad psiquiátrica asociada al TPA, son la severidad de dicha conducta y el tiempo de evolución del problema. Telch y Agras (1994) sugieren que la severidad del atracón alimentario se correlaciona significativamente con el grado

de sintomatología psiquiátrica. En tanto que Picot y Lilienfeld (2003) detectaron que la sintomatología de trastornos de personalidad (específicamente el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de evasión) es predictor de la frecuencia y severidad del atracón alimentario. Por su parte, Ramacciotti et al. (2000) señalan que a mayor tiempo de evolución del problema mayor psicopatología. También se ha detectado que las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad (*MMPI*) que predicen la severidad del atracón alimentario son hipocondriasis, paranoia, introversión social y fuerza del yo (Kolotkin et al., 1987). Por su lado, Venditti, Wing, Jakicic, Butler y Marcus (1996), señalan una asociación significativa entre la severidad del atracón alimentario con la depresión, la ansiedad y la hostilidad. Al respecto Vollreth et al. (1992), llevaron un estudio longitudinal por cohorte, en el cual entrevistaron a un grupo de personas en dos fases: a los 27-28 años y a los 29-30 años. Las personas que a los 27 años presentaban atracones, a los 29-30 años presentaban mayores probabilidades de padecer TPA y mayores niveles de ansiedad y depresión.

#### **5.4 Desencadenantes del atracón alimentario**

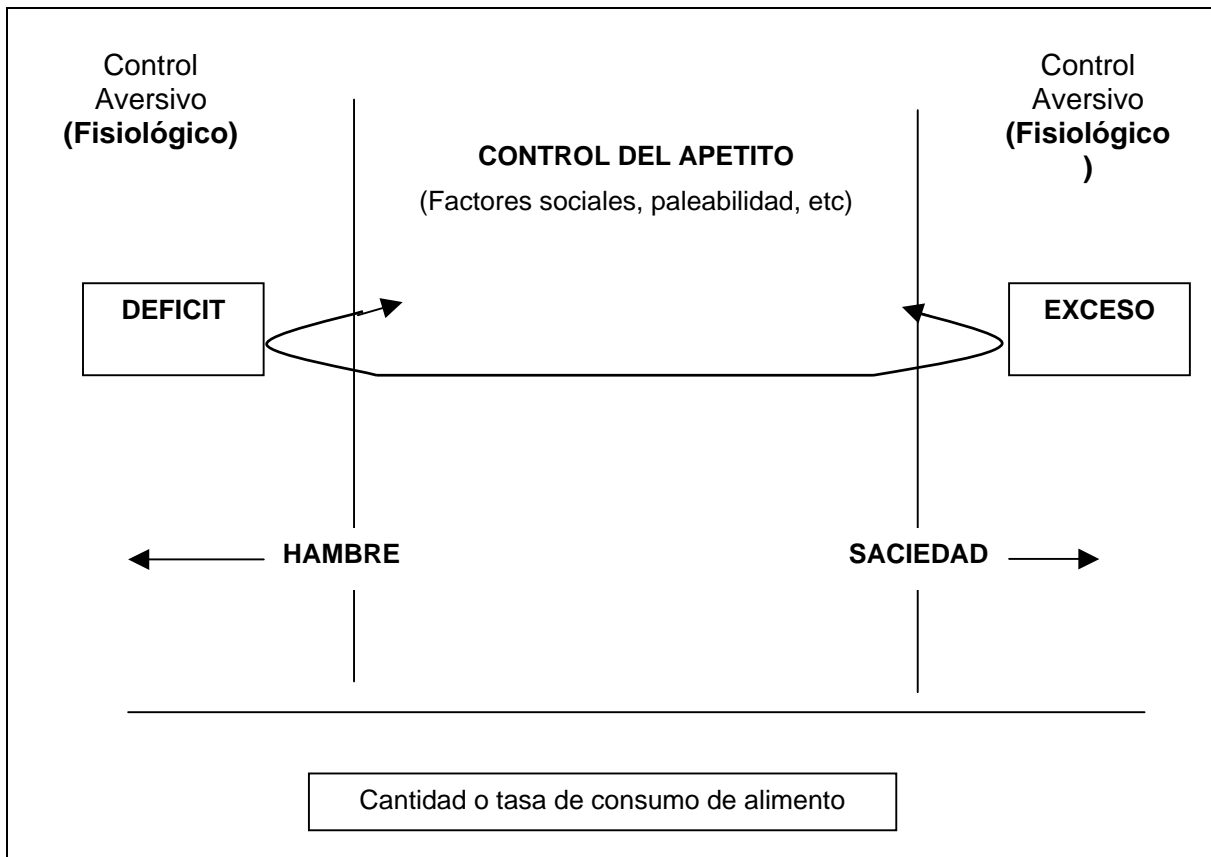
El afecto negativo (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007), la dieta restrictiva (Faiburn, 1998), las fluctuaciones del peso (Giusti et al., 2004), la preocupación por el peso y la figura (Striegel-Moore et al., 2004), y las señales ambientales (presencia de comida), se han considerado como antecedentes asociados con la ocurrencia del atracón alimentario.

##### **a) Dieta restrictiva.**

Para Faiburn (1998) muchos de los pacientes con TPA suelen someterse a dietas restrictivas o bien comen muy poco fuera de los episodios de atracón, dando como resultado sentirse hambrientos, lo cual genera a su vez una presión psicológica y fisiológica que lleva al individuo a un atracón alimentario.



Al respecto Herman y Polivy (citado en Stunkard & Stellar, 1984) proponen el siguiente modelo para explicar dicha conducta (véase FIGURA 6):



**FIGURA 6.** Modelo de los límites de la regulación de la alimentación de Herman y Polivy .  
Fuente: Stunkard & Stellar (1984).

De acuerdo con este modelo, la ingestión de alimentos se encuentra regulada por dos límites: hambre y saciedad, así como por una zona de indiferencia biológica que no es controlada por parámetros fisiológicos sino por factores de índole psicosocial (Herman & Polivy citado en Stunkard & Stellar, 1984; Polivy & Herman citado en Faiburn & Brownell, 2002).

La alimentación normal ocurre dentro de los límites de hambre y saciedad. Si el consumo es inadecuado para mantener al organismo dentro del rango de indiferencia biológica, entonces el organismo cae dentro del límite de la zona de aversión que es conocida como hambre. Cuando el organismo entra en la zona de hambre experimenta estímulos negativos, de manera que el organismo comienza a sentirse incomodo lo que propicia que comience a comer como una actividad más placentera. De tal manera, que cuando el organismo experimenta hambre busca afuera y consume comida para escapar de esta condición de aversión. De acuerdo con esto, los propósitos de la alimentación en este instante son:

- 1) Escapar de la zona de aversión,
- 2) La naturaleza aversiva del hambre provee un fuerte estímulo para que el organismo ingiera alimento. Pero esto no siempre es así, ya que algunos organismos pueden tolerar el hambre, como por ejemplo, las personas que se someten a continuas dietas restrictivas que disfrutan con el hambre y considerar esto como atractivo o agradable.
- 3) El organismo puede aprender a anticipar la trasgresión de los límites y toma acciones apropiadas de antemano para minimizar la interrupción de su economía de calorías. Las personas aprenden a comer más de lo requerido para evitar el hambre, pero aprenden también a ingerir menos alimentos aunque todavía tengan hambre, esta estrategia maximizará el inicio del hambre.

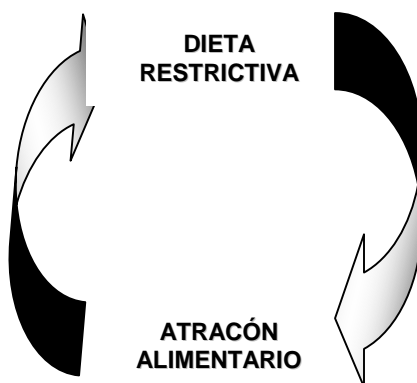
El otro límite dentro del consumo de alimentos, es la saciedad, éste es muy parecido al límite de hambre, y delimita una región que el organismo trata de evitar.

En la zona de indiferencia biológica, el organismo es indiferente a las presiones biológicas, como el hambre y la saciedad, pero es más susceptible a las influencias sociales, cognitivas y psicológicas.

Así, los límites de hambre y saciedad de personas que se someten a continuas dietas restrictivas no son fisiológica, sino meramente psicológica —o más precisamente cognitiva— es decir que ellos se auto-imponen una cuota para su consumo de alimento. En situaciones normales los dietistas se mantienen a la izquierda de la zona de indiferencia biológica, pero cuando transgreden los límites auto-impuestos para su ingestión de alimentos se ubican a la derecha de la zona de indiferencia biológica, de manera que tienden a la desinhibición de alimento.

En una investigación con animales, Hagan, Chander, Wauford, Ryback y Oswald (2003) evaluaron a 4 grupos de ratas hembras (n= 26): a) grupo sin restricción y sin estrés, b) grupo sin restricción con estrés, c) grupo con restricción sin estrés y d) grupo con restricción y estrés, detectando en el cuarto periodo de observación que el grupo de ratas con restricción y estrés consumían 63% más calorías de comida apetitosa (galletas de chocolate) que el grupo de ratas con restricción sin estrés y 68% y 77% más que los grupos sin restricción, también encontró a las 24 horas de observación, que el grupo con restricción y estrés consumían 54% más calorías de comida apetitosa que los otros grupos. Estos mismos autores identificaron que al inducir un estado de hambre en estos grupos, el grupo de ratas con restricción y estrés consumían 37% más calorías que los grupos no estresados y aproximadamente 62% más que los grupos sin restricción. Por lo tanto, el atracón incrementó notablemente cuando la comida era apetitosa, particularmente en las ratas con historia de restricción y estrés únicamente. Y el hambre incrementó la proporción del consumo de alimento únicamente en los grupos con restricción pero el estrés magnificó dicho atracón.

Por su parte, Lyons (1998) argumenta que la restricción alimentaria ocasiona, por un lado, una disminución de la energía, y por el otro, un aumento del hambre, que genera muy probablemente un atracón de comida en el futuro. De acuerdo con Faiburn (1998), existe un círculo vicioso entre el atracón y la dieta restrictiva; ya que el atracón es una respuesta ocasionada por la restricción alimentaria pero al mismo tiempo es un antecedente de ésta (véase FIGURA 7):



**FIGURA 7.** Ciclo de dieta y atracón.

Fuente: Faiburn (1998).

Investigaciones realizadas con individuos obesos que se someten a dietas bajas en calorías (400 a 800 Kcal/día), indican que después del tratamiento el 30% de las personas suelen presentar atracones alimentarios (Telch & Agras, citado en Wilson, 1993). Hallazgos similares fueron encontrados por Wadden et al. (2004), quienes detectaron en tres grupos de personas sometidas a tres condiciones alimentarias —dieta de reemplazo de comida (MR: dieta 1000 kcal/día que incluía 4 servicios de una dieta líquida), dieta de déficit-balance (dieta de 1200-1500 kcals/día que permitía un 15% de calorías de proteínas, 30% de calorías de grasas o menos y el resto de carbohidratos) y sin dieta— que las participantes del grupo con reemplazo de comida reportaban de 1 ó 2 episodios de atracón alimentario a las 28 semanas de evaluación. Al respecto Favaro, Rodella y Santonastaso (2000) argumentan que las personas que viven o experimentan

periodos de extrema privación de alimento —como los prisioneros que vivieron en suburbios Nazi— tienen mayor probabilidad de desarrollar episodios de atracón alimentario. Mientras que otros estudios, señalan que no es claro el papel que juega este factor en el origen y mantenimiento del TPA (Howard & Porzelius, 1999).

Se han identificado tres tipos de dietas en los pacientes con esta clase de Trastorno Alimentario (Faiburn, 1998):

**Evitar comer:** algunas personas no comen nada en los períodos comprendidos entre episodios de atracones alimentarios.

**Restringir la cantidad de comida:** se intenta comer por debajo de un límite concreto de calorías.

**Evitar cierto tipo de comida:** las personas que sufren atracones pueden evitar ciertas comidas porque consideran que engordan o porque consumirlas ha disparado sus atracones en el pasado.

Por lo tanto, la dieta restrictiva juega un papel clave en el desencadenamiento del atracón alimentario, pero es importante considerar que sucedió primero: si el atracón antecede a la dieta o viceversa.

De acuerdo con diversas investigaciones (Abbott et al., 1998; Grilo citado en Fairburn & Brownll, 2002; Grilo & Masheb, 2004; Marcus, 1993a; Musell et al., 1995; Musell et al., 1996; Ramacciotti et al., 2005; Reas & Grilo, 2007; Schimidt, 2000; Spurrell, Wifley, Tanofsky & Brownell, 1997; Yanovski, 2003; [véase Tabla 6]):

- De un 21 a 65% inician primero la dieta y después el atracón.

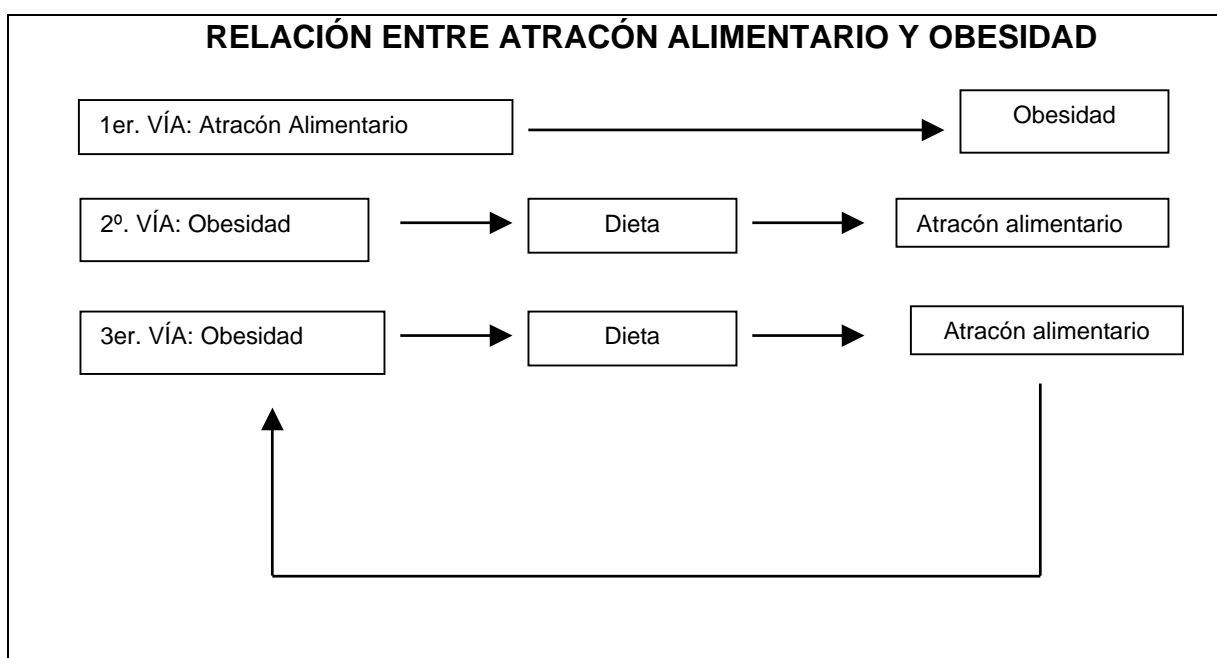
- De un 15.8 a 65% de los pacientes con TPA reportan iniciar atracón antes que la dieta.
- De un 10 a 15% comienzan el atracón y la dieta simultáneamente.

**TABLA 6.** Antecedentes de atracón o dieta en pacientes con TPA.

<b>Autores</b>	<b>Primero dieta</b>	<b>Primero Atracón</b>	<b>Ambas conductas simultáneamente</b>
<b>Marcus (1993a)</b>		29.6%	
<b>Spitzer et al.(1993a)</b>	37%	48.6%	14.5%
<b>Musell et al. (1995)</b>		54.2%	
<b>Musell et al. (1996)</b>		42.9%	
<b>Spurrell et al. (1997)</b>	45%	55%	
<b>Abbott et al. (1998)</b>	48.1%	38.7%	13.2%
<b>Schmidt (2000)</b>	35-45%	50%	10-15%
<b>Grilo &amp; Masheb (2000)</b>	65%	35%	
<b>Grilo (citado en Fairburn &amp; Brownll, 2002)</b>		35-55%	
<b>Grilo &amp; Masheb (2004)</b>	35%	65%	
<b>Ramacciotti et al., (2005)</b>	44%	27.8%	
<b>Reas &amp; Grilo (2007)</b>	21%	15.8%	

Spurrell et al. (1997) reportan que los individuos que señalan que el atracón precede a la dieta, iniciaron el atracón a una edad más temprana —en la pubertad—, y manifiestan más eventos precipitantes para su primer atracón; así como, más problemas de sobrepeso en la niñez, más historia de trastornos psiquiátricos y un gran número de trastornos de personalidad en el Eje II. A diferencia de los grupos que señalan que la dieta precede al atracón que suelen iniciar el atracón a una edad más tardía —juventud—. Mientras que Abbott et al. (1998) no encontraron diferencias entre las mujeres con atracón y sin atracón que inician primero la dieta o primero el atracón en cuanto a la edad, peso corporal, IMC e ICC, sin embargo las mujeres que iniciaba primero el atracón reportaron un inicio temprano del atracón y de la dieta, empero estos patrones difieren cuando las mujeres que cumplen con los criterios diagnósticos de TPA.

Otra variable que se conjuga en el inicio de la dieta y el atracón es la obesidad; la relación entre obesidad, dieta y atracón alimentario se puede explicar a través de tres caminos o vías: a) en el primer camino, parece ser, que dada la ingestión de grandes cantidades de alimento, la persona obtiene una ganancia de peso u obesidad, b) en el segundo camino, la persona es obesa por factores de índole genético, de ahí que empiece a seguir una dieta con la finalidad de bajar de peso, lo cual desencadena los episodios de atracón alimentario y c) en el tercer camino, si bien la obesidad puede preceder al atracón alimentario, ésta puede mantenerse o empeorarse con los atracones alimentarios que ponen en marcha o acción un círculo (Faiburn, 1998; véase Figura 3).



**FIGURA 3.** Relación entre Atracón y obesidad.  
Fuente: Faiburn (1998).

**b) Fluctuaciones del peso**

Una repercusión importante de someterse a continuas dietas restrictivas son las variaciones en el peso corporal. Las fluctuaciones del peso, también

conocidas como ciclos de pérdida de peso seguidas por su ganancia, han sido identificadas como otro precipitante del atracón (de Zwaan et al., 1994; Spitzer et al., 1992; Venditti et al., 1996; Yanovski & Sebring, 1994). Al respecto Foster, Sarwer y Wadden (1997) señalan que el 62% de los pacientes con TPA reportan historia de fluctuaciones del peso, en contraste con el 36% de los pacientes sin TPA. Asimismo, Kuehnel y Wadden (1994 citado en Foster, Sarwer & Wadden, 1997; Keinsinger, Murrtaugh, Reichmann & Tangney, 1998) han observado que las personas con altas oscilaciones del peso exhiben más desinhibición alimentaria. Marchesini et al. (2004) han reportado que el atracón se asocia con una alta frecuencia de dietas y con los ciclos de pérdida y ganancia de peso. Giusti et al. (2004) argumentan que una historia de fluctuaciones del peso y los intentos de reducción de peso son predictores del TPA en pacientes con IMC mayor a 35 kg/m<sup>2</sup>.

### **c)        Insatisfacción corporal**

La preocupación por la figura y el peso corporal parece también estar presente en pacientes con TPA (Anthony et al., 1994; de Zwaan et al., 1994; Hawkins & Clement, 1980; Lowe & Caputo, 1991; Mond, Hay, Rodgers & Owen, 2006; Ramacciotti et al., 2000; Striegel-Moore et al., 2004; Sorbara & Geliebter, 2002). Al respecto Cargill, Clark, Pera, Niaura y Abrahms (1999) encontraron que el atracón alimentario se asocia con una pobre percepción de la imagen corporal, específicamente con los sentimientos de vergüenza sobre sí mismos y una elevada preocupación por los comentarios negativos en público acerca de su figura corporal. Otros estudios indican que las mujeres con atracón reportan que el peso y la figura es el aspecto más importante en su autoevaluación (French, Jeffery, Sherwood & Neumark-Sztainer, 1999).



Hillbert, Tuschen y Vögele (2002) indican que las mujeres diagnosticadas con TPA después de ser expuestas ante un espejo de cuerpo completo en el que se les pedía que se auto-describieran, presentan más estados de ánimo negativo —sentimientos de tristeza, ansiedad, tensión e inseguridad—.

Por otro lado, se ha identificado que en los pacientes con TPA la preocupación por la figura y el peso corporal están más relacionadas con la frecuencia y gravedad de los atracones que con el grado de obesidad (Sánchez & Fernández-Valdés, 2002). Sin embargo, para García-Camba (2001) y Guisado y Vaz (2001) la sobrestimación de la talla es menos relevante en este tipo de pacientes que en las AN y las BN.

Pese a estos datos, la imagen corporal es un aspecto poco estudiado en población con TPA, incluso, no es un criterio diagnóstico de este trastorno, por lo que se requieren futuras investigaciones que indaguen sobre el papel que juega esta variable en dicho trastorno.

#### **e) El estado de ánimo negativo o sentimientos desagradables**

Los sentimientos desagradables de cualquier tipo pueden desencadenar una atracón alimentario, como son: sentirse deprimido, ansiedad, cólera, aburrimiento, irritabilidad, enfado (Engelberg, Steiger, Gauvin & Wonderlich, 2007; Fairburn, 1998; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007; Wolff et al., 2000), enojo, sensación de vacío, desesperación, preocupación, insatisfacción (Rendlin, Miltenberg, Crosby, Wolf & Stickney, 2002; Stickney, Miltenberg & Wolff, 1999) y estrés (Pendleton et al., 2001).

En esta línea de razonamientos, Telch y Agras (1996a) encontraron diferencias significativas en el consumo de calorías en sujetos con y sin TPA, sometidos a dos condiciones experimentales (una en que se provocaba un estado

de ánimo negativo y la otra un estado de ánimo neutral). Asimismo observaron que el estado de ánimo negativo ocasiona un bajo control para el inicio del atracón alimentario. Mientras que Chua et al. (2004) detectaron en una muestra de mujeres con obesidad con atracón, que fueron expuestas a dos condiciones —en la primera se les proyectaba un filme triste y en la segunda un filme neutral— que en la condición de afecto negativo consumían significativamente más chocolates, además se encontró que durante el transcurso y al final del filme las participantes identificaron 39 estados negativos y 7 estados positivos como desencadenantes del atracón alimentario, destacando la depresión como el desencadenante más común.

Al respecto Henderson y Huon (2002) fundamentan que las mujeres con altos niveles de afecto negativo tienen problemas más severos de atracones alimentarios que las mujeres que experimentan bajos niveles de alteraciones afectivas. Freeman y Gil (2004) encontraron en 46 mujeres con atracón alimentario, que altos niveles de estrés y depresión incrementan el riesgo de que ocurra el atracón en el mismo día.

Al parecer el estado emocional negativo y el estrés no son suficientes para desencadenar por si solos el atracón, sino que es necesario que se conjuguen con la dieta restrictiva, de ahí que algunos autores sugieren considerar el efecto de su interacción. Stice et al. (2001) identificaron en una muestra de 159 mujeres, dos subtipos de TPA: a) dieta restrictiva/depresión: incluía a personas que presentaban dieta restrictiva y un estado de ánimo depresivo (n= 57, 36%) y b) dieta restrictiva: personas que sólo empleaban la dieta (n= 102, 64%). El subtipo dieta restrictiva/depresión presenta más conductas y actitudes alimentarias patológicas, como son una mayor frecuencia de atracones objetivos, más preocupación por la figura, peso y alimentación, así como mayor susceptibilidad hambre. Además exhiben más desajuste social relacionado con su tiempo libre y familia extensa y menos unidad familiar.

Grilo (2004b) replicó el estudio anterior en una muestra de mujeres adolescentes y detectó que las mujeres con dieta restrictiva y afecto negativo se diferenciaban de las mujeres que sólo presentaban dieta restrictiva en que tenían mayores probabilidades de presentar atracones alimentarios, más psicopatología alimentaria y una mayor insatisfacción corporal, así como una mayor tendencia suicida.

Asimismo, la percepción del individuo acerca de los eventos estresantes se debe de considerar con detenimiento, al respecto Striegel-Moore, Dohm, Kraemer, Taylor y Daniels (2007), Wolff et al. (2000) señalan que las mujeres con atracón alimentario experimentan el mismo número de eventos estresantes que las mujeres controles, pero la apreciación que las mujeres con atracón hacen de dichos eventos, es más intensa o dramática. Estos mismos autores afirman que en los días en que ocurre el atracón alimentario se experimenta más variedad de eventos estresantes y tiende a apreciarse como más severo; además de que el nivel depresión, cólera y culpabilidad/auto-culpa es más grande en esos días y como es de suponerse se experimentan menos estados afectivos positivos.

Los hallazgos de Wolff et al. (2000) permiten señalar que las personas con atracón alimentario experimentan el mismo número de eventos estresantes que los sujetos sin trastorno alimentario, pero la manera en cómo se perciben dichos eventos parece hacer la diferencia.

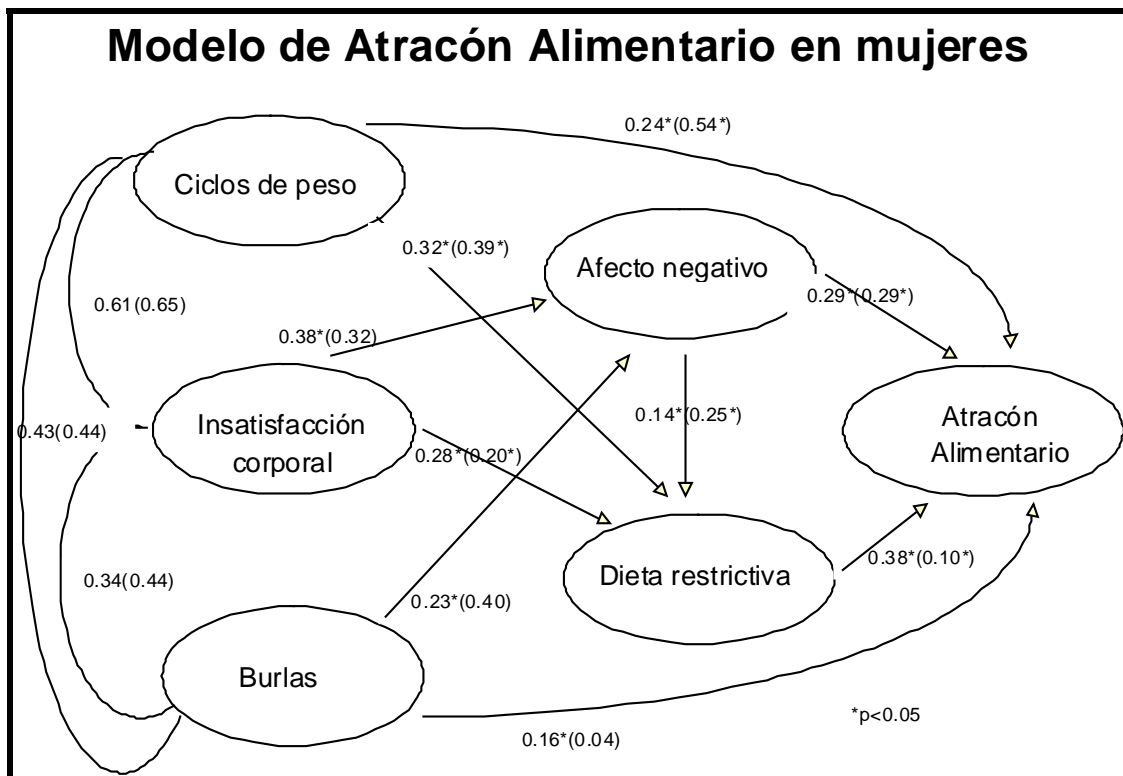
En la actualidad las explicaciones que se han generado para dar cuenta del atracón alimentario fundamentan la interacción de otros factores, como son la autoestima, el perfeccionismo y la preocupación de la figura (Pratt et al, 2001). Por ello es importante estudiar los modelos que se han propuesto para estudiar dicho trastorno.

Recapitulando, los principales factores que se encuentran relacionados con el atracón alimentario son la dieta restrictiva, el estado de ánimo negativo (principalmente la depresión y ansiedad) y las oscilaciones de peso (que probablemente generan insatisfacción corporal), así como los comentarios negativos acerca de la figura corporal. Empero son necesarias más investigaciones que propongan modelos empíricos más precisos.

### **5.5 Diferencias entre muestra de mujeres y hombres con TPA**

Diversos estudios han señalado que el TPA se presenta de manera diferente entre los géneros, de tal forma que en la población varonil es más probable que el atracón se ha percibido como una conducta normal, dicha conducta suele ocurrir entre comidas o en público y por lo general se experimenta incomodidad gastrointestinal después del atracón, en tanto que en las mujeres es más probable que se experimente culpa después del atracón y que ésta sea una conducta que ocurra en soledad.

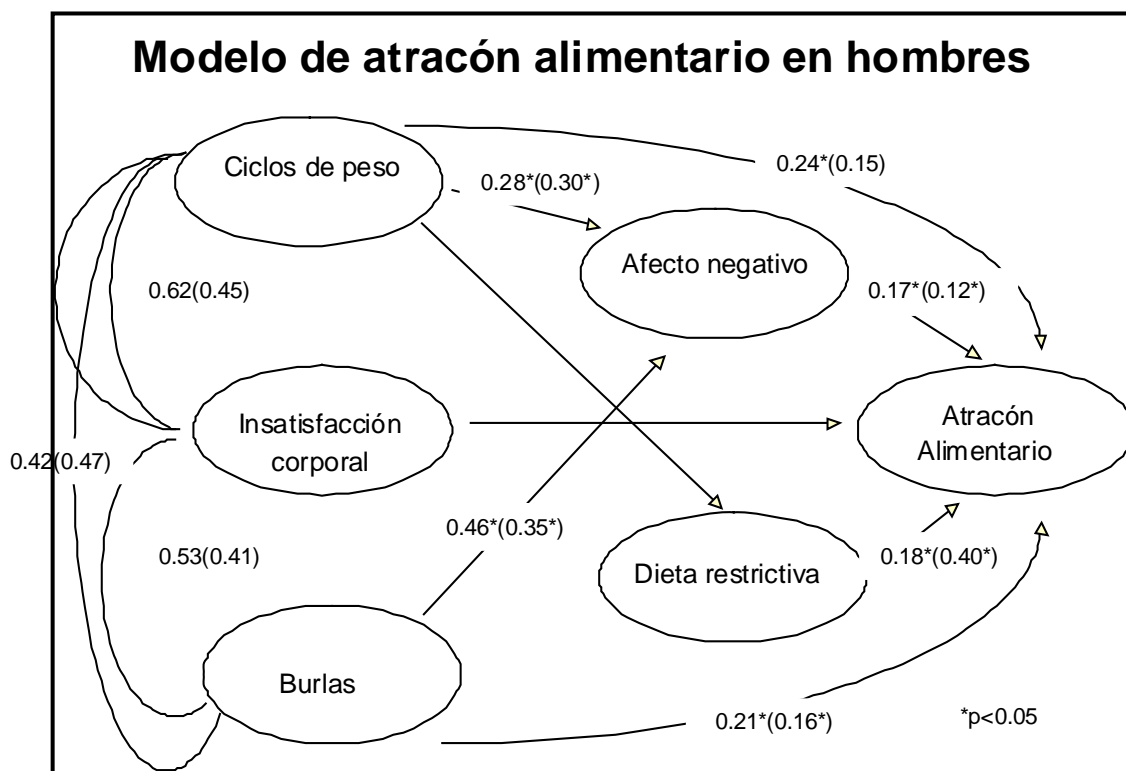
Los episodios de atracón alimentario en los hombres son asociados con el afecto negativo —depresión y ansiedad—, mientras que en las mujeres se asocian con fallas en la dieta restrictiva (Conzanzo et al., 1999).



**FIGURA 8.** Modelo de atracón alimentario en mujeres.

Fuente: Womble et al. (2001).

Al respecto Womble et al. (2001) propusieron un modelo de atracón alimentario con estructuras parecidas para mujeres (véase Figura 8) y hombres (véase Figura 9). Estos modelos sugieren que en las mujeres la relación entre insatisfacción corporal y atracón se encuentra mediada por el afecto negativo — baja autoestima, depresión, ansiedad y neuroticismo — y la dieta restrictiva. En tanto que en los hombres el atracón se encuentra directamente relacionado con el afecto negativo, el cual puede o no estar asociado con la insatisfacción corporal.



**FIGURA 9.** Modelo de atracón en hombres.

Fuente: Womble et al. (2001).

Es importante señalar que dentro de las variables que se han englobado para describir el concepto de afecto negativo, algunas parecen especialmente asociadas con el atracón dependiendo del género, por ejemplo, Mazzeo, Saunders y Mitchell (2006) han reportado que en las mujeres el atracón se asocia con la depresión y bajos niveles de autoestima, mientras que los varones únicamente la depresión contribuye para predecir los episodios de atracón. De acuerdo con Peñas-Lledó, Fernández y Waller (2004) en las muestras de mujeres los rasgos de ansiedad se asocian positivamente con el atracón alimentario y negativamente con el ejercicio, y en los varones un alto nivel de impulsividad se relaciona con dicha conducta (atracción).

Asimismo, se ha argumentado que la insatisfacción corporal es mayor en las mujeres con TPA que en los varones. Al respecto, Grilo, Masheb, Brody, Burke-Martindale y Rothschild (2005) han identificado en una muestra de obesos candidatos a cirugía que el atracón y la autoestima explican el 56% de la insatisfacción corporal en hombres y el 33% en las mujeres. En tanto Ackard (2004) señala que en las mujeres con TPA se observa una gran discrepancia entre la percepción de su cuerpo ideal y el real.

También, se ha referido que las muestras de mujeres con TPA exhiben mayor motivación para adelgazar, restricción alimentaria y presentan conductas extremas para controlar su peso, mientras que sus contrapartes (hombres) muestran más miedo a madurar (evaluados mediante el EDI) y más problemas de abuso de drogas (Barry, Grilo & Masheb, 2002; Vincent & McCabe, 2000), así como más psicopatología psiquiátrica —Trastornos del Estado de Ánimo y Trastornos de ansiedad— (Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch & Brownell, 1997).

Sin embargo no se encuentran diferencias en el curso de la enfermedad —edad de inicio del TPA u obesidad, número de episodios de atracón alimentario— y características sociodemográficas (Guerdjikova, McElroy, Kotwal & Keck, 2007; Spurrell et al., 1997; Tanofsky et al., 1997).

## **5.6 Instrumentos de evaluación del atracón y TPA**

Los auto-informes que han demostrado ser útiles en la evaluación del TPA pueden ser clasificados en: cuestionarios de tamizaje (detección de la sintomatología asociada al trastorno) y cuestionarios para evaluar el comportamiento alimentario.

En cuanto a los cuestionarios que evalúan la sintomatología del TPA se han detectado: Test Edimburgo de Investigación de Bulimia (Bulimic Investigatory Test

Edinburgh [BITE]), Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale [BES]*), Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (*Questionnaire of Eating and Weight Patterns [QEWP]*) y Escala de Atracón (*Binge Scale [BS]*). De estos, los más relevantes son la Escala de Atracón Alimentario (BES) y el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R).

1) **Escala de Atracón Alimentario (*Binge Eating Scale*, BES;** Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982), fue elaborada de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III, su utilidad clínica consiste en la detección de los episodios de atracón y en su nivel de severidad. Celio, Wilfley, Crow, Mitchell y Wash (2004) encontraron que el BES presenta una sensibilidad de 0.85 y especificidad de 0.20. Este cuestionario clasifica correctamente 38.5% de los pacientes con TPA y 98.2% de los individuos sin TCA usando un punto de corte  $\geq$  27 (Brody, Walsh, & Devlin, 1994).

2) **Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso (*Questionnaire of Eating and Weight Patterns Revised*;** QEWP-R, Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993a), el cual fue construido considerando los criterios diagnósticos propuestos en el *DSM-IV* para el TPA y BN, actualmente existen tres versiones: adultos, adolescentes y padres (Nangle, Johnson, Carr-Nangle & Engler, 1994). Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo —tres semanas ( $Kappa = 0.58$ )—, además se ha encontrado una asociación entre la Entrevista Clínica Clínica Estructurada (SCID) con QEWP ( [valor de  $Kappa$ : 0.60], Spitzer et al., 1993a), así como un valor de sensibilidad de 0.74 (Celio et al., 2004) y 0.88 (Borges, Morgan, Claudino & Silveira, 2005) y especificidad de 0.63 (Borges, Morgan, Claudino & Silveira, 2005) y 0.35 (Celio et al., 2004, [véase Tabla 7] ).



**TABLA 7.** Estudios referentes a las propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R).

<i>Autor</i>	<i>Muestra</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Valor de estadístico</i>
<i>Nangle, Jonson, Nangle &amp; Engler (1994)</i>	104 sujetos (52 con atracón y 52 sin atracón) con un rango de edad de 19 a 75 años y un peso corporal entre 150 y 340 lb, y un promedio de IMC de 34.6.	QEWP-R	El diagnóstico fue moderadamente estable sobre el tiempo ( $\kappa = 0.58$ ).
<i>Spitzer, et al. (1993a)</i>	44 sujetos de una clínica de control de peso.	QEWP-R y SCID	Valor de Kappa = 0.60
<i>de Zwaan et al. (1993)</i>	100 mujeres obesas con una media de edad de 39.2 años (rango de 20 a 55) e IMC de 35.9kg/m <sup>2</sup> (27.3 a 44).	SCID y QEWP-R	Se encontró un valor de Kappa = 0.57%. Asimismo, el 77% de los individuos con TPA fueron correctamente clasificados con QEWP y 80% sin TPA.
<i>Celio, Wilfley, Crow, Mitchell &amp; Wash (2004)</i>	157 mujeres voluntario, de las cuales 129 fueron diagnosticados con TPA. La media de edad de las participantes fue de 41.9 años y IMC de 33.6 kg/m <sup>2</sup> .	EDE y QEWP-R	Valor de sensibilidad de 0.74 y especificidad de 0.35.
<i>Borges, Morgan, Claudino &amp; Silveira (2005)</i>	89 mujeres con sobrepeso con un rango de edad de 15 a 59 años.	QEWP y SCID	Se encontró un valor de sensibilidad de 0.88 y de especificidad de 0.63.
<i>Elder et al. (2006)</i>	249 (43 hombres y 206 mujeres) candidatas a cirugía gástrica, con una edad promedio de 43.5 años (DE= 10.6)	EDE-Q y QEWP-R	El índice de acuerdo entre los casos diagnosticados con EDE-Q y QEWP-R fue de 0.26 (Kappa).

Abreviaturas: SCID-IV: La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV; EDE= Examen de los Trastornos Alimentarios; EDE-Q: Cuestionario Examen de Trastornos Alimentarios; QEWP-R= Cuestionario de Patrones de Peso-Revisado.

Dentro de los cuestionarios que evalúan el comportamiento alimentario se puede mencionar los siguientes:

1) **Cuestionario Examen de Trastornos Alimentarios (*Eating Disorders Examination Questionnaire*;** EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), derivado de la entrevista semi-estructurada Examen de los Trastornos Alimentarios (EDE). Dicho cuestionario incluye cuatro subescalas: restricción y preocupación por la figura, el peso y la alimentación, también ha permitido diferenciar entre atracones objetivos y subjetivos (véase Tabla 8). El EDE-Q correlaciona con el diagnóstico obtenido

con EDE ( [kappa= 0.52]; Wolk, Loeb & Walsh, 2005) y su confiabilidad test-retest es adecuada para su calificación total ( $\alpha = 0.76$ ) y sus cuatro escalas (Restricción:  $\alpha = 0.76$ , preocupación por la figura:  $\alpha = 0.66$ , preocupación por el peso:  $\alpha = 0.71$ , preocupación por la alimentación:  $\alpha = 0.72$ ; Reas, Grilo & Masheb, 2006).

**TABLA 8.** Clasificación de episodios de atracón de acuerdo al EDE-Q.

	<b>GRAN CANTIDAD DE COMIDA SEGÚN EL EDE-Q</b>	<b>NO SE CONSUMEN GRANDES CANTIDAD DE COMIDA PERO VISTA POR EL SUJETO COMO EXCESIVA</b>
<b><i>Pérdida de control</i></b>	Episodios bulímicos objetivos	Episodios bulímicos subjetivos
<b><i>No existe pérdida de control</i></b>	Sobreingestión objetiva	Sobreingestión subjetiva

Fuente: Sánchez & Fernández-Váldes (2002).

3) **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (*Three Factor Eating Questionnaire*, TFEQ; Stunkard & Messick, 1985)**, también conocido como Inventario de la Alimentación, es el más citado por la literatura. Originalmente el TFEQ se construyó con 67 reactivos de los cuales: 10 reactivos eran de la Escala de Restricción Alimentaria de Herman y Polivy (1980), 40 reactivos de la Escala de Obesidad Latente de Pudel (1978) y 17 reactivos fueron construidos por expertos en el área. Después de un primer análisis factorial preliminar se reestructuró el cuestionario quedándose con 93 reactivos. En un segundo análisis factorial se depuraron reactivos, permaneciendo 55, de los cuales se eliminaron 4 reactivos porque saturaban en varios factores, de manera que la versión final de este cuestionario quedo conformada por 51 reactivos, que se dividen en tres factores: restricción cognitiva, desinhibición y hambre. Estudios posteriores han soportado su confiabilidad y validez (véase Tabla 9), y han demostrado que dicho instrumento es útil para diferenciar entre muestras de obesos con y sin TPA y entre pacientes con BN y TPA (Collins, Lapp, Helder & Saltzberg, 1992; Laessle,

Tuschl, Kotthaus, & Pirke, 1989, Marcus, Wing & Lamparski, 1985; Wardle et al., 1992 [véase Tabla 3 y 5]).

**TABLA 9.** Estudios sobre las propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).

Autor	Muestra	Instrumentos	Valor de estadístico
<i>Stunkard &amp; Messick (1985)</i>	1er estudio de pilotaje con un grupo de 220 sujetos (97 hombres y 123 mujeres). 2º estudio: a) Comedores restrictivos (7 hombres y 46 mujeres).y b) Comedores normales (5 hombres, 13 mujeres y 27 que no registraron su sexo).	TFEQ	El análisis factorial arrojó 3 factores: a) restricción cognitiva ( $\alpha = 0.93$ , 23 reactivos), b) desinhibición ( $\alpha = 0.91$ , 20 reactivos) y c) hambre ( $\alpha = 0.85$ , 15 reactivos).
<i>Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Clarasó &amp; Mora (1999)</i>	375 estudiantes de la universidad de Barcelona, con una media de edad de 19 años (rango de los 17 a 28 años).	TFEQ	El análisis factorial de componentes principales sugiere 2 factores que explican el 30% de la varianza total: <b>a) Factor 1 Restricción:</b> compuesto por 20 reactivos que explican 15.85% de la varianza total, con una alfa de Cronbach de 0.89 y <b>b) Factor 2 Desinhibición:</b> compuesto por 25 reactivos que explican el 14.11% de varianza total y con una alfa de 0.86. En esta versión el factor de hambre presentó problemas.
<i>Karlsson, Persson, Sjostrom. &amp; Sullivan (2000)</i>	4377 sujetos obesos (1774 hombres y 2603 mujeres), con un rango de edad de 37-57 años ( $\bar{X} = 46.5$ ) e IMC de 38.3kg/m <sup>2</sup> .	TFEQ	<b>1er estudio:</b> Se obtuvo una alfa de Cronbach's de 0.70. El análisis de componentes principales extrajo tres factores que explican el 28% de la varianaza total: Restricción alimentaria ( $\alpha = 0.83$ ), desinhibición ( $\alpha=0.77$ ) y hambre ( $\alpha = 0.80$ ). <b>2º estudio:</b> Se obtuvo una alfa de Cronbach's de 0.70. El análisis factorial de componentes principales extrajo tres actores que explican el 29% de la varianza total: Restricción alimentaria ( $\alpha = 0.84$ ), desinhibición ( $\alpha= 0.78$ ) y hambre ( $\alpha = 0.80$ ).
<i>Siervo, Boschi, Papa, Bellini &amp; Falconi (2005)</i>	162 mujeres (con una edad que oscilaba de los 16-35 años) que acudían a un tratamiento de dieta.	TFEQ	El TFEQ presentó un índice de consistencia interna de 0.75. El coeficiente alfa de Cronbach para los factores restricción, desinhibición y hambre fue de 0.71, 0.76 y 0.67, respectivamente.

## JUSTIFICACIÓN

El TPA es clasificado por el DSM-IV como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE), que requiere de futuros estudios para consolidar sus criterios diagnósticos. A nivel internacional este trastorno ha generado un gran número de investigaciones por las siguientes controversias:

- 1) El atracón como una conducta clínica de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA), ha ido creciendo en importancia a partir del DSM-III, primero se constituyó como un criterio más de BN y actualmente aparece en el DSM-IV-TR (APA, 2000) como la parte medular del TPA, pero cabría preguntarse ¿es posible que esta trastorno puede adquirir la jerarquía de un Trastorno de la Conducta Alimentario Específico?
- 2) El TPA presenta una serie de criterios diagnósticos que permiten hacer investigación sobre este, lo que posibilita que pueda constituirse como un trastorno alimentario específico, pero ¿son éstos los criterios más adecuados? ¿deberían de considerarse los indicadores antropométricos —IMC, ICC y porcentaje de grasa— cómo otros criterios diagnósticos de éste trastorno?
- 3) Los criterios similares en la evaluación de los episodios de atracón alimentario en pacientes con TPA y BN, así como, la presencia de conductas compensatorias en un porcentaje de pacientes con TPA, señalan la dificultad para diferenciar ambos trastornos. De ahí que cabe preguntarse ¿el TPA es una entidad diferente de la BN de tipo no purgativo o son parte del mismo fenómeno?
- 4) Por otro lado, se han identificado los siguientes precipitantes del atracón alimentario: dieta restrictiva (Herman & Polivy citado en Stunkard & Stellar, 1984; Polivy & Herman citado en Faiburn & Brownell, 2002), sentimientos negativos (ansiedad y depresión) (Chua, Touyz & Hill, 2004; Freeman & Gil, 2004),

insatisfacción corporal, comentarios negativos sobre el peso corporal, (Womble et al., 2001) y obesidad, sin embargo, dichos factores se han estudiado individualmente, sin considerar su efecto interactivo y su nivel de predicción para la ocurrencia del atracón. Por lo que, hacen falta estudios sobre la etiopatogenia del TPA, que den cuenta de sus factores predisponentes, precipitantes y mantenedores.

5) La igual proporción del TPA entre hombres y mujeres en muestra comunitaria y la edad de inició tardía, hacen diferente al TPA de los TCA específicos – Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN)-. De ahí que se deba poner especial atención en la población masculina, ya que al parecer tendrían más probabilidades de presentar dicho trastorno.

6) En México la mayoría de las investigaciones sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han enfocado a la AN y BN, y existiendo pocos estudios entorno al atracón (López, Mancilla, Alvarez, & Cobos, 1998; López, Mancilla, Alvarez & Vázquez, 2003; Unikel, Gómez Pérez-Mitré & Corvera, 2000), y son menores aún los que se han llevado a cabo con diagnóstico clínico, evaluando así únicamente sintomatología. Por lo tanto, los TCANE han recibido poca atención en nuestro país; por lo que resulta necesario hacer investigaciones entorno a dicha temática.

Con base en lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

***¿Qué variables caracterizan al atracón y TPA en población mexicana y qué nivel de predicción tienen éstas?***

## OBJETIVO GENERAL

Hacer una caracterización del trastorno por atracón en hombres y mujeres de una muestra comunitaria de la zona metropolitana de la ciudad de México, en cuanto a: **Comportamiento Alimentario** —motivación para adelgazar, restricción alimentaria, preocupación por la comida, presión social percibida, desinhibición y hambre—, **Factores Clínicos** —conductas compensatorias, depresión, ansiedad, identificación interoceptiva y sentimientos de ineficacia—, **Imagen Corporal** —insatisfacción corporal e índice de percepción de la imagen corporal— e **Indicadores antropométricos** —porcentaje de grasa, Índice de Masa Corporal, Índice Cintura-Cadera y fluctuación del peso— (véase Tabla 10).

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Obtener las propiedades psicométrías —consistencia interna y análisis de factores— del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).
- 2) Traducir, retrotraducir, adaptar y obtener las propiedades psicométricas —consistencia interna y análisis de factores— del Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R).
- 3) Evaluar el nivel de predicción del comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos para el atracón alimentario (véase Tabla 10).
- 4) Estimar la ocurrencia del trastorno por atracón.
- 5) Comparar a los grupos con Trastorno por Atracón, Bulimia Nerviosa tipo purgativo y control, con respecto al comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos.

- 6) Evaluar si las variables incluidas en el Comportamiento alimentario, los Indicadores antropométricos, los Factores clínicos y la Imagen corporal pueden predecir diferencialmente —de forma individual o interacción— la presencia de la BN y el TPA.

**TABLA 10. Definición conceptual y operacional de las categorías de análisis empleadas en la investigación.**

	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Comportamiento alimentario:</b> comprende aquellas variables relacionadas con la conducta alimentaria patológica, tales como, la restricción alimentaria, preocupación por la comida, atracón, presión social percibida, desinhibición y susceptibilidad al hambre.		
<b>Restricción alimentaria</b>	Restricción voluntaria de la ingestión de alimentos o disminución de las cantidades de alimentos consumidas.	Escala de Restricción Alimentaria del EAT-40 y del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).
<b>Preocupación por la comida</b>	Identifica pensamientos obsesivos respecto a la alimentación y culpabilidad posterior a la ingestión.	Escala de Preocupación por la comida del EAT-40.
<b>Atracón alimentario</b>	Ingestión de una gran cantidad de alimento en un periodo corto de tiempo (por ejemplo: 2 horas), que se acompañan de sensación de pérdida de control (APA, 1994).	Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QWEP-R) y Escala de sobreingesta del BULIT.
<b>Presión social percibida</b>	Miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingestión o su peso.	Escala de presión social percibida del EAT-40.
<b>Desinhibición</b>	Ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calorías.	Factor de Desinhibición del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).
<b>Hambre</b>	Refiere el consumo de comida en respuesta a los sentimientos y percepciones del hambre.	Factor de Hambre del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).
<b>Motivación para Adelgazar</b>	Deseo desmesurado por perder peso y gran temor a ganarlo.	Subescala Motivación para adelgazar del EDI.
<b>Factores clínicos:</b> se entenderá por factores clínicos, las conductas relacionadas con los afectos negativos — ansiedad y depresión— y algunos factores cognitivos, como son: interoceptiva y sentimientos de ineficacia.		
<b>Conductas compensatorias</b>	Conductas empleadas con el fin de controlar o no ganar peso (vómito, ejercicio excesivo, laxantes o diuréticos, etc., (APA, 1994)).	A través de la Escala de Conductas compensatorias del Cuestionario de Bulimia (BULIT).
<b>Sintomatología de depresión</b>	Estado de ánimo decaído que puede no estar determinado por un suceso precipitante o que excede a lo que podría ser una respuesta normal ante un suceso ambiental. La depresión se acompaña de cuatro síntomas: humor depresivo, variación diurna del humor, insomnio pos-dormicional o despertar temprano y pérdida de interés en el entorno (Lemos, 2000).	Inventario de depresión de Beck.
<b>Sintomatología de ansiedad</b>	Manifestaciones psicofisiológicas muy intensas y desproporcionadas de temor, preocupación, obsesión o depresión ante situaciones o experiencias vitales (Lemos, 2000).	Inventario de Ansiedad de Beck.
<b>Identificación interoceptiva</b>	Incapacidad para distinguir entre los estados emocionales y entre los estados fisiológicos de hambre y saciedad.	Subescala Identificación interoceptiva del EDI.
<b>Sentimientos de ineficacia</b>	Hace referencia al sentimiento de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.	Subescala Ineficacia del EDI.
<b>Imagen Corporal:</b> Representación mental del cuerpo, que cada individuo construye en su mente (Schilder, 1980).		
<b>Índice de Percepción de la Imagen Corporal (IPC)</b>	Permite contrastar la percepción del sujeto sobre su silueta con las medidas antropométricas reales.	Medidas antropométricas.
<b>Insatisfacción corporal</b>	Inconformidad con el cuerpo o con algunas partes de él.	Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ).



<b>Indicadores antropométricos:</b> incluye los indicadores que permiten estimar tanto el sobrepeso u obesidad como la distribución y el porcentaje de la grasa, así como, las fluctuaciones de peso.		
<b>Fluctuaciones del peso</b>	Repetidos episodios de pérdida peso seguidos de su ganancia ([ciclos de peso], Foster et al., 1997).	Preguntas de 32 y 25 del BULIT.
<b>Índice cintura-cadera (ICC)</b>	Estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula: circunferencia cintura X 100/ circunferencia cadera.	Medidas antropométrica de cintura y cadera.
<b>Índice de Masa Corporal (IMC)</b>	Permite establecer la relación entre el peso expresada en kg y la estatura expresada en cm, a través de la siguiente fórmula: $\text{peso}/(\text{estatura})^2$ .	Medidas antropométricas: peso y estatura.
<b>Porcentaje de grasa</b>	La fórmula empleada para el porcentaje de grasa se retomará de Holliday (citado por Falkner & Tunner, 1978): <b>Densidad</b> = 1.0764 -0.00081 x suprailíaco 0.0088 x tríceps. <b>Porcentaje de grasa</b> = 4.57/ densidad - 4.142 x 100.	Medidas antropométricas: pliegues cutáneos del bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla.

## MÉTODO GENERAL

### Muestra

Muestra no probabilística de tipo intencional (n = 1631), constituida por 567 hombres y 1064 mujeres, cuyas edades oscilaron de los 15 a 36 años ( $\bar{X}$  = 17.95, DE = 7.21), con un nivel de escolaridad de secundaria y licenciatura, provenientes de instituciones educativas públicas y privadas, así como de centros de ejercicio aeróbico-reductor y de tratamiento para Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) de la ciudad de México y su zona metropolitana. También formaron parte de esta muestra los individuos canalizados al Proyecto de Investigación de Nutrición (PIN) (véase Tabla 11).

**TABLA 11.** Características de la muestra en cuanto a la edad y procedencia

		<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
		n =	Edad	n =	Edad
<b>Instituciones educativas</b>	<b>Públicas</b>	707	15.47 EE = 0.96	502	$\bar{X}$ = 14.87 EE = 0.1
	<b>Privadas</b>	80	$\bar{X}$ = 19.36 EE = 0.51	56	$\bar{X}$ = 17.71 EE = 0.52
<b>Centros de ejercicio aeróbico-reductor</b>		241	$\bar{X}$ = 30.6 EE = 0.65	7	$\bar{X}$ = 23 EE = 0.41
<b>Canalizadas al PIN</b>		27	$\bar{X}$ = 21.71 EE = 1.57	2	$\bar{X}$ = 14.50 EE = 0.50
<b>Centro de tratamiento de TCA</b>		9	$\bar{X}$ = 23.38 EE = 0.51	-----	-----
<b>TOTAL</b>		1064	$\bar{X}$ = 19.38 EE = 0.26	567	$\bar{X}$ = 15.26 EE = 0.13

Nota:  $\bar{X}$  = media, **EE** = error estándar, **n** = muestra.

### Diseño

En la presente investigación se empleó un diseño no experimental de tipo transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

## Instrumentos

- 1) **Hoja de Datos Generales.** Su objetivo es registrar información respecto a características sociodemográficas de los participantes, tales como: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, entre otros.
- 2) **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ, *Three Factor Eating Questionnaire*, Stunkard & Messick, 1985).** Contiene 51 reactivos que se dividen en tres factores relacionadas con la alimentación: restricción cognitiva (control consciente de la conducta alimentaria,  $\alpha = 0.93$ ), desinhibición (ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico,  $\alpha = 0.91$ ) y susceptibilidad al hambre ( $\alpha = 0.85$ ). Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado en población española por Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999), en esta versión se obtuvieron 2 factores que explican el 30% de la varianza total ( $\alpha$  del factor Restricción: 0.89 y  $\alpha$  del factor de Desinhibición: 0.86).
- 3) **Cuestionario de Bulimia (BULIT, *Bulimia Test*, Smith & Thelen, 1984).** Identifica la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa, consta de 36 preguntas. Su punto de corte internacional es  $\geq 102$  y nacional es  $\geq 85$  (sensibilidad = 79% y especificidad = 97%). Fue traducido y adaptado en población española por Mora y Raich (1993) y en población mexicana fue validado por Alvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo adecuados coeficientes de validez y consistencia interna ( $\alpha = 0.89$ ). Esta versión sugiere tres factores que explican el 33.3% de la varianza total: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos después de la sobreingesta y conductas compensatorias. Para la presente investigación se emplearon los tres factores para población mexicana y el factor de la versión original fluctuaciones de peso.

- 4) **Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R, *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*, Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993a, Jonson, Grieve, Adams & Sandy, 1999)**, contiene 13 preguntas que tienen como objetivo identificar la frecuencia y duración del atracón alimentario, el uso de métodos para controlar el peso, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductuales de pérdida de control, de ahí que permiten discriminar entre muestras de pacientes con TPA y BN. Fue traducido, adaptado y se obtuvieron sus propiedades psicométricas para la presente investigación. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo —tres semanas ( $Kappa = 0.58$ )— y una validez convergente (asociación entre la Entrevista Clínica Clínica Estructurada [SCID] con QEWP, valor de de Kappa: 0.60; Spitzer, et al., 1993a).
- 5) **Inventario de Depresión de Beck (IDB, *Beck Depression Inventory*, Beck, 1967; Beck & Steer, 1993)**. Contiene 21 reactivos cuya finalidad es evaluar la presencia de depresión. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado en población mexicana por Jurado et al. (1996). La versión mexicana del IDB presenta una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0.87$ ), validez concurrente (correlaciona con la Escala de Zung de Depresión = 0.70,  $p \leq 0.0001$ ) y sugiere los siguientes niveles de depresión:

Nivel de depresión	Puntaje
Mínima	0-9
Leve	10-16
Moderada	17-29
Severa	30-63

- 6) **Inventario de Ansiedad de Beck (IAB, *Beck Anxiety Inventory*, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)**. Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de ansiedad y su severidad, para población mexicana fue

traducido, adaptado y validado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). La versión mexicana del IAB presenta una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.84$  y  $0.83$ , en estudiantes y adultos), una adecuada validez convergente (los índices de correlación entre el IAB y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado [IDARE] fueron moderados =  $0.60$  para la ansiedad estado y  $0.59$  para la ansiedad rasgo) y alta confiabilidad test-retest ( $r = 0.75$ ), así como, una estructura factorial de cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autónomo y pánico. Este cuestionario permite evaluar los siguientes niveles de severidad.

Nivel de ansiedad	Puntaje
Mínima	0-5
Leve	6-15
Moderada	16-30
Severa	31-65

- 7) **Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40, Eating Attitudes Test, Garner & Garfinkel, 1979).** Contiene 40 reactivos, cuya finalidad es identificar los síntomas característicos de los trastornos alimentarios. Fue traducido, adaptado y validado en población española por Castro, Toro, Salamero y Martínez (1991) y validado en población mexicana por Alvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), comprobando adecuadas propiedades psicométricas ( $\alpha = 0.90$  en muestra clínica, especificidad =  $91\%$  y sensibilidad =  $0.83\%$ ). El punto de corte internacional es  $\geq 30$  y el punto de corte mexicano es  $\geq 28$ . En la validación mexicana se obtuvieron 5 factores que explican  $46.6\%$  de la varianza total, para la presente investigación se retomará únicamente tres de sus cinco escalas: restricción alimentaria, preocupación por la comida y presión social percibida.

- 8) Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI, Eating Disorders Inventory** Garner, Olmestad & Polivy, 1983). Fue adaptado para población española por Guimerá y Torrubia (1987), en tanto que para población mexicana fue validado por Mancilla, Franco, Alvarez y Vázquez (2003). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuestas, de las que se desprenden 8 subescalas que explican el 41.7% de la varianza total, para este trabajo únicamente se retomará los factores de: Identificación interoceptiva, ineficacia y motivación para adelgazar. Este cuestionario ha demostrado una adecuada consistencia interna en población mexicana ( $\alpha = 0.87$ ) y validez concurrente (correlación entre el total del EAT-40 con cada uno de los factores del EDI).
- 9) Entrevista Para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Interview for the Diagnosis of Eating Disorders, Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy-Eberenz, 1998).** Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). El IDED contiene los apartados siguientes: a) Evaluación general e historia del problema, que incluye 8 preguntas cuya finalidad es valorar la problemática relacionada con la comida y el peso, b) Anorexia nerviosa, contiene 5 preguntas, en este apartado se pretende identificar el empleo de ayunos, la motivación para adelgazar, la insatisfacción corporal y los problemas menstruales (posible amenorrea), c) Bulimia nerviosa, contiene 4 preguntas cuyo fin es detectar la presencia de atracones, valorar si son de tipo objetivo o subjetivo, así como el uso de conductas compensatorias purgativas y no purgativas para bajar de peso, y d) Trastorno por Atracón, contiene 8 preguntas, su función es valorar el tipo de comidas que se consumen durante el atracón, la frecuencia y los antecedentes y consecuentes relacionadas a esta conducta, las fluctuaciones del peso corporal y el control sobre la alimentación. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran un alfa de Cronbach de 0.75 para la subescala de anorexia,

0.96 para la subescala de Trastorno por Atracón y 0.75 para la subescala de Bulimia. Asimismo, ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante.

**10) Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, Body Shape Questionnaire de Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).** Su objetivo es evaluar la preocupación e insatisfacción corporal. Comprende 34 preguntas, su punto de corte internacional es  $\geq 105$  y el nacional es  $\geq 110$  (sensibilidad = 84.3% y especificidad = 84.4%). En población española fue traducido y adaptado por Raich, Mora, Soler, Avila, Clos y Zapater (1996) y en mexicana fue adaptado y validado por Galán (2004), encontrando una excelente consistencia interna en muestra comunitaria ( $\alpha = 0.95$ ) y clínica ( $\alpha = 98$ ) y adecuada capacidad para discriminar a las muestra con y sin Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA).

**11) Medidas antropométricas de las que se extrajeron:**

**a) Índice de Masa Corporal (IMC):** Permite establecer la proporción entre el peso y la estatura, a través de la siguiente fórmula:  $\text{peso} / (\text{estatura})^2$ . De acuerdo con Vargas y Casillas (1993) se puede clasificar a la población mexicana en función de los indicadores siguientes:

	<b>IMC</b>
<b>Bajo peso</b>	15 a 18.9
<b>Normal</b>	19 a 24.9
<b>Sobrepeso</b>	25 a 29.9
<b>Obesidad</b>	$\geq 30$

**b) Índice Cintura Cadera (ICC).** Estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula:  $\text{Circunferencia cintura} \times 100 / \text{circunferencia cadera}$ . De acuerdo

con Hartz, Rupley, Ronald, Kaalkhoff & Remm (1983) se interpreta de la forma siguiente:

<b>Menor a 73 (Hiperginecoide)</b>	Alto predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo
<b>74-76 (Ginecoide)</b>	Moderado predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo.
<b>77-80 (Androide)</b>	Moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo.
<b>Mayor a 80 (Hiperandroide)</b>	Alto predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo

Para población mexicana se consideran los valores mayores a 84 para mujeres y 93 para hombres, como riesgo para la salud, principalmente se le asocia con enfermedades cardiacas (Vargas & Casillas, 1993).

- c) **Porcentaje de grasa.** Para determinar el porcentaje de grasa se tomarán los pliegues cutáneos del bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla. La fórmula empleada para el porcentaje de grasa se retomará de Durnin y Womersley (1974):

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

**Para hombres:**

$$\text{Densidad} = 1.1043 - 0.00113 \times \text{muslo} - 0.00131 \times \text{subescapular}.$$

**Para mujeres:**

$$\text{Densidad} = 1.0764 - 0.00081 \times \text{suprailíaco} - 0.00088 \times \text{tríceps}.$$

$$\text{Porcentaje de grasa} = 4.57 / \text{densidad} - 4.142 \times 100.$$

La obesidad se define en hombres como un porcentaje de grasa mayor a 25% y en mujeres como un porcentaje mayor 30%. De acuerdo con Lohman el porcentaje de grasa compatible con la salud es el siguiente:



Hombres	10 al 22
Mujeres	20 al 32

- d) **Índice de Percepción de la Imagen Corporal (IPC).** Permite contrastar la percepción del sujeto sobre su silueta con las medidas antropométricas reales. De manera que, puntuaciones mayores a 100 señalan una sobreestimación, en tanto que puntuaciones menores a 100 indican una subestimación. La forma que se emplea es: Tamaño estimado / tamaño real X 100.

#### **Aparatos**

- a) Antropómetro GPM, desmontable en cuatro segmentos, con capacidad de 2 m. y sensibilidad al milímetro más cercano.
- b) Compás de corredera Harpenden, sensibilidad de 0-140 mm.
- c) Cinta métrica flexible, sensibilidad de 0-150 cm.
- d) Calibrador de pliegues cutáneos John Bull, sensibilidad de medición de 0-48 mm y de presión de 100 gr/mm<sup>2</sup>.
- e) Báscula pesa-personas Tanita, capacidad de 200 kg y sensibilidad de 100 gr.

La presente investigación consta de de cuatro estudios que se describen a continuación:

- Dos estudios preliminares: Traducción, adaptación y obtención de las propiedades psicométricas del QEWP-R y TFEQ.
- **1er.** estudio. Caracterización de la muestra con episodios de atracón alimentario.

- **2º.** Estudio. Comparación de los grupos con trastorno por atracón y bulimia nerviosa de tipo purgativa.

## ESTUDIOS PRELIMINARES

En México no existen cuestionarios de tamizaje para la detección de la sintomatología asociada al TPA, ni tampoco para evaluar del comportamiento alimentario en muestras con esta problemática. Después de una revisión de la literatura se encontró que dos instrumentos que han sido útiles para tal finalidad son: Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) y Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R).

En la presente investigación se decidió elegir el QEWP-R y TFEQ básicamente porque: a) son instrumentos que han demostrado discriminar a muestras con TPA y BN, así como a obesos con y sin atracón, b) internacionalmente son los cuestionarios más usados para evaluación del TPA, en el caso del QEWP-R para el tamizaje y en el caso TFEQ para valorar el comportamiento alimentario y c) el QEWP-R se creó sobre los criterios diagnóstico del DSM-IV, y el TFEQ se basa en el modelo de regulación del alimento —el cual da cuenta de los factores fisiológicos y psicológicos que regulan el alimento—.

### **1ER ESTUDIO PRELIMINAR: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE TRES FACTORES DE LA ALIMENTACIÓN (TFEQ)**

#### **Objetivo Específico**

Obtener las propiedades psicométricas —consistencia interna y análisis de factores— del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).

# MÉTODO

## Muestra

Se constituyó por 688 individuos (223 hombres y 465 mujeres) con un rango de edad de 15 a 25 años y con un nivel de escolaridad de secundaria y licenciatura, provenientes de instituciones educativas públicas y privadas de la ciudad de México y su zona metropolitana (véase Tabla 11).

TABLA 11. Características de la muestra.

	EDAD		
	Media	DE	Rango
<b>Mujeres (n= 465)</b>	17.77	2.73	15-25
<b>Hombres (n= 223)</b>	16.91	2.10	15-24
<b>Total (n= 688)</b>	17.49	2.57	15-25

Nota:  $\bar{x}$  = media, DE = Desviación estándar.

## Instrumentos

- 1) Hoja de datos generales.** Su objetivo es registrar información respecto a características sociodemográficas de los participantes.
- 2) Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ, Three Factor Eating Questionnaire, Stunkard & Messick, 1985).** Contiene 51 reactivos que se dividen en tres factores relacionadas con la alimentación: restricción cognitiva (control consciente de la conducta alimentaria,  $\alpha = 0.93$ ), desinhibición (ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico,  $\alpha = 0.91$ ) y susceptibilidad al hambre ( $\alpha = 0.85$ ). Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado en población española por Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999), en esta versión se obtuvieron 2 factores que explican el 30% de la varianza total ( $\alpha$  del factor Restricción: 0.89 y  $\alpha$  del factor de Desinhibición: 0.86).

## Procedimiento

Se adaptó para población mexicana la versión española del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). Posteriormente se llevaron a cabo dos pilotajes con un grupo de 30 alumnos de licenciatura, con el objetivo de evaluar si el lenguaje de las preguntas era comprensible y las instrucciones eran claras. Con base a dicha información se hicieron las modificaciones necesarias a los instrumentos y se procedió a obtener sus propiedades psicométricas (consistencia interna y análisis de factores), para tal fin se aplicó a un grupo de alumnos de secundaria, preparatoria y licenciatura el instrumento.

## RESULTADOS

La consistencia interna del **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)** se calculó con el método estadístico alfa de Cronbach, encontrándose un coeficiente alfa de 0.87. También se correlacionó el total del instrumento con cada uno sus reactivos, se encontró que todos los reactivos correlacionaron con el total del instrumento, 9 de éstos correlacionaron moderadamente con el total de la escala y 38 se de manera débil (véase Tabla 12).

**TABLA 12.** Coeficientes de correlación entre la puntuación total y los reactivos del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).

Coeficiente de correlación	Reactivos
$r = 0.70$ a $0.90$	-----
$r = 0.50$ a $0.69$	18, 28, 38, 40, 43, 44, 48, 50, 49,
$r = 0.30$ a $0.49$	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 33, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 46, 47, 51
$r = 0.20$	17, 21, 25, 30

Posteriormente se realizó un análisis factorial de componentes principales, del cual se extrajo 7 componentes todos con un valor propio (eigenvalues) mayor a uno (véase Figura 10). El diagrama de sedimentación (screen test) muestra tres factores, con valor propio 8.72, 3.71 y 1.41, respectivamente, los cuales se encuentran muy distantes del cuarto factor.

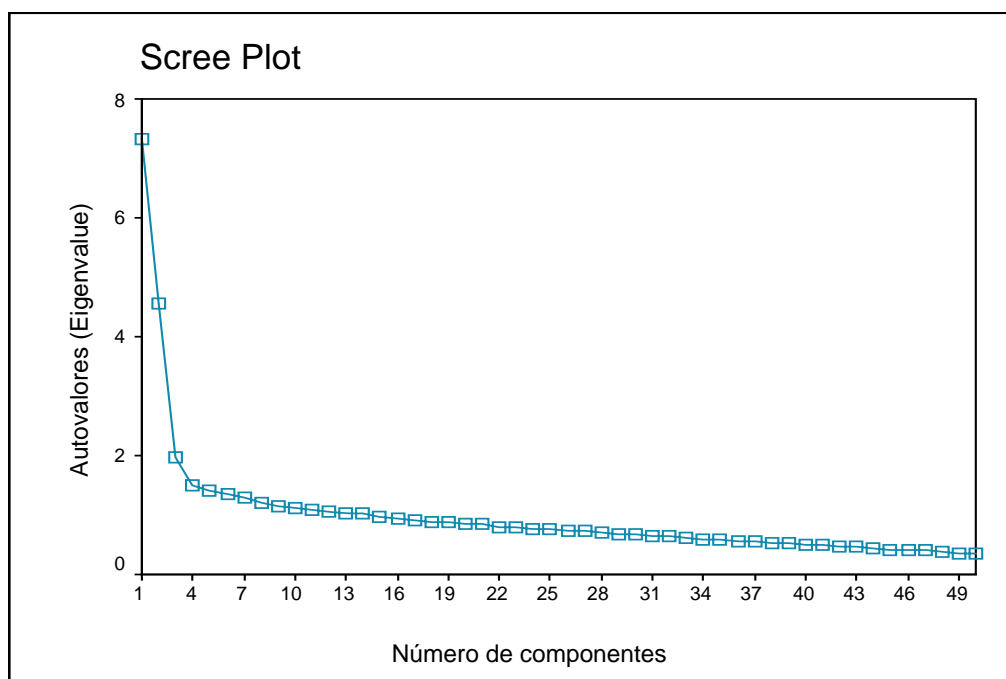


FIGURA 10. Diagrama de sedimentación del análisis factorial del TFEQ en mujeres.

Asimismo, se aplicó el método ortogonal con rotación varimax, este análisis arrojó tres componentes, todos con valores mayores a 1 que explican el 35.65% de la varianza total (véase Tabla 13). El primer factor fue nombrado **restricción** y explica el 14.11% de la varianza total, este factor presenta un coeficiente de consistencia interna alfa de 0.84, lo cual indica un nivel adecuado de consistencia interna (véase Tabla 14). La correlación entre este factor y el total de la escala fue positiva y fuerte ( $r = 0.82$ ,  $p \leq 0.0001$ ). La puntuación media de este factor fue de 3.44 y su error estándar de 0.12.

El factor de **restricción** en la versión original contenía 21 reactivos, en este trabajo quedó conformada por 14 reactivos. Cabe señalar que los reactivos 4, 10, 14, 21, 30 y 50, no se agruparon en este factor como en la versión original.

**TABLE 13.** Reactivos y carga factorial para los tres factores extraídos del TFEQ.

Número de reactivo	Carga factorial		
	Factor 1. Restricción alimentaria	Factor 2. Hambre	Factor 3. Desinhibición
20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.	----	----	0.69
27. Cuando me siento sola(o), me consuelo comiendo.	----	----	0.67
44. ¿Qué tan propensa(o) eres a comprar alimentos bajos en calorías?	0.65	----	----
33. No como algunos alimentos porque me engordan.	0.65	----	----
39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre?	----	0.64	----
9. Cuando me siento ansiosa(o), me encuentro a mi misma(o) comiendo.	----	----	0.63
12. A menudo me siento tan hambrienta(o) que tengo que comer algo.	----	0.62	----
43. ¿Con qué frecuencia evitas abstenerte de comidas tentadoras?	0.61	----	----
28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso.	0.60	----	----
3. Habitualmente estoy tan hambrienta(o) que como más de tres veces al día.	----	0.59	----
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso.	0.59	----	----
24. Me pongo tan hambrienta(o) que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.	----	0.59	----
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta(o) al final de la tarde o por la noche.	----	0.56	----
32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso.	0.57	----	----
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta(o) al final de la tarde o por la noche.	----	0.56	----
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta(o) como para comer en cualquier momento.	----	0.56	----
46. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que comes?	0.55	----	----
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta(o) como para comer yo también.	----	0.54	----
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comérmelo inmediatamente.	----	0.54	----
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta(o).	----	0.53	----
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar.	----	----	0.53
38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una variación de peso de 2kg?	0.53	----	----
35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura.	0.53	----	----
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no me están permitidas, conscientemente como menos durante un	0.52	----	----

periodo de tiempo para compensarlo.			
48. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer intencionalmente menos cuando tú quieres?	0.52	----	----
49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta(o)?	----	----	0.52
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta(o).	----	0.51	----
40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte porque no pudiste controlar tu ingestión?	----	----	0.51
26. Estoy siempre tan hambrienta(o) que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato.	----	0.51	----
37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?	0.50	----	----
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena(o) como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como.	0.50	----	----
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo la cantidad de alimento en cada dieta más de una vez.	0.47	----	----
1. Cuando huelo un bistec o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.	----	0.46	----
45. ¿Comes normalmente enfrente de otros y a solas te atracas de comida?	----	----	0.46
41. ¿Qué tan difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?	----	0.43	----
51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? "Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta "mañana".	----	----	0.42
42. ¿Qué tan consciente eres de lo que estás comiendo?	-----		

**TABLE 14.** Datos psicométricos de los tres factores extraídos del TFEQ.

	<b>Factor 1. Restricción</b>	<b>Factor 2. Hambre</b>	<b>Factor 3. Desinhibición</b>
<b>Media</b>	3.44	3.86	1.31
<b>Error estándar de la media</b>	0.12	0.13	0.07
<b>% de varianza explicada</b>	14.11%	12.05%	9.49%
<b>Alfa de Cronbach</b>	0.84	0.83	0.82
<b>Valor propio</b>	8.72	3.71	1.49

Nota:EE = error estándar

El segundo factor fue nombrado ***hambre*** y explica el 12.05% de la varianza total. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para este factor fue 0.83, lo cual indica un nivel adecuado de consistencia interna. La puntuación media de este factor fue de 3.86 y su error estándar de 0.13. La correlación entre este factor y el total del cuestionario fue de tipo moderada ( $r = 0.64$ ,  $p \leq 0.0001$ ).



El factor anterior en la versión original contenía 14 reactivos, en ésta versión quedó conformado por 14 reactivos, ya que los reactivos 8, 17, 41 y 47, se agrupaban en el factor de hambre en la versión de Stunkard y Messick (1985), en este trabajo quedaron fuera. El reactivo 1 no tiene congruencia conceptual con este factor por lo que no se decidió excluirlo y el reactivo 7 en la versión original se agrupó en el factor de desinhibición.

El tercer factor fue nombrado **desinhibición**, este explica el 9.49% de la varianza total y quedó constituido por 8 reactivos. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para este factor fue 0.82, lo cual indica un nivel adecuado de consistencia interna. La correlación entre este factor y el total de la escala fue de tipo alta ( $r = 0.74, p \leq 0.0001$ ). La puntuación media de este factor fue 1.31 y su error estándar de 0.07. En la versión de Stunkard y Messick (1985), éste factor se conformó con 15 reactivos. Los reactivos que no se agruparon en este factor como en la versión original fueron: 1, 2, 7, 16 y 25. El reactivo 40 en la versión original se agrupa en el factor de restricción.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados señalan que el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) presenta un nivel adecuado de consistencia interna ( $\alpha = 0.87$ ). En otros estudios (Karlsson et al., 2000; Siervo et al., 2005) se encontraron menores valores en la consistencia de este cuestionario, lo anterior podría atribuirse a que en éstos emplearon muestras que difieren mucho de la empleada en la presente investigación —en la cual participaron mujeres y hombres estudiantes—, por ejemplo en el estudio de Karlsson et al. (2000) los participantes eran obesos y su edad era mayor, y en el estudio de Siervo et al. (2005) todas eran mujeres que acudían a tratamiento de reducción de peso.

Respecto a la estructura factorial TFEQ se sugieren tres factores: desinhibición —que evalúa la ruptura del límite auto-impuesto de ingestión de calorías—, restricción alimentaria —disminución de las cantidades de alimentos consumidas— y hambre —ingestión de alimentos en respuesta a los sentimientos y percepciones del hambre—, coincidiendo con la versión original de Stunkard y Messick (1985) y con la de Karlsson et al. (2000); y difiere de las versiones de Hyland, Irvine, Thacker, Dann y Dennis (1989) y Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999) en las cuales sólo se detectaron dos factores, señalando problemas en el factor de susceptibilidad al hambre, aunque es importante señalar que en el estudio de Sánchez-Carracedo et al. (1999) participaron únicamente mujeres, a diferencia de la presente investigación que incluye también población masculina.

El índice de consistencia interna alfa de Cronbach que se encontró en este estudio para los factores nombrados restricción alimentaria (0.85) y desinhibición (0.81) fue más alta que la obtenida en la investigación de Karlsson et al. (2000) y Siervo, Boschi, Papa, Bellini y Falconi (2005) y más baja que lo encontrado en los estudios de Sánchez-Carracedo et al. (1999) y Stunkard y Messick (1985). En

cuanto a la consistencia interna del factor hambre (0.82), se observa que es muy parecida a lo hallado por Karlsson et al. (2000) y Stunkard y Messick (1985).

Considerando los hallazgos antes citados, el TFEQ posee adecuadas propiedades psicométricas en población mexicana, por tanto se puede decir, es útil para identificar las conductas alimentarias patológicas —restricción alimentaria, atracones y susceptibilidad al hambre—. Parece ser que la desinhibición y la restricción son puntos medulares a evaluar en el Trastorno por Atracón, de ahí la relevancia de emplear este cuestionario. Asimismo, es necesario recordar que este cuestionario se basa en el modelo de regulación de alimentos de Herman y Polivy (año), que da cuenta de la importancia de la restricción como un desencadenante potencia de la sobreingestión alimentaria. Para futuros estudios se recomienda ampliar la muestra con la posibilidad de contar con muestras de mayor edad y que presenten problemas de TCA y evaluar su validez.

## 2º ESTUDIO PRELIMINAR: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO DE PATRONES DE ALIMENTACIÓN Y PESO-REVISADO (QEWP-R)

### Objetivo

Traducir, retrotraducir, adaptar y obtener las propiedades psicométricas —consistencia interna y análisis de factores— del Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R).

## MÉTODO

### Muestra

Estuvo conformada por 540 individuos (167 hombres y 373 mujeres) con un rango de edad de 15 a 25 años ( $\bar{X} = 17.7$ , DE = 2.18), provenientes de escuelas públicas y privadas de la ciudad de México y su zona metropolitana (véase Tabla 15).

TABLA 15. Características de la muestra.

	EDAD		
	$\bar{X}$	DE	Rango
Mujeres (n= 373)	17.39	2.31	15-25
Hombres (n= 167)	16.68	1.77	15-23
Total (n= 540)	17.7	2.18	15-25

Nota:  $\bar{X}$  = media, DE = Desviación estándar.

### Instrumentos

- 1) **Hoja de datos generales**
- 2) **Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R, *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*; Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993, Jonson, Grieve, Adams & Sandy, 1999), contiene 13**

preguntas que tienen como objetivo identificar la frecuencia y duración del atracón alimentario, el uso de métodos para controlar el peso, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductuales de pérdida de control. De ahí que permiten discriminar entre muestras de pacientes con TPA y BN. Fue traducido, adaptado y se obtuvieron sus propiedades psicométricas para la presente investigación. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo —tres semanas ( $Kappa = 0.58$ )— y una validez convergente (asociación entre la Entrevista Clínica Clínica Estructurada [SCID] con QEWP, valor de  $Kappa: 0.60$ ; Spitzer et al., 1993).

- 3) **Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Interview for the Diagnosis of Eating Disorders, Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy-Eberenz, 1998).** Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994).

## **Procedimiento**

El procedimiento constó de tres etapas:

- 1) Traducción, retrotraducción y adaptación el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R): la traducción de este instrumento se llevó a cabo por dos expertos en el área, uno de ellos tenía como lengua materna el inglés y el otro tenía como lengua materna el español —retrotraducción—.

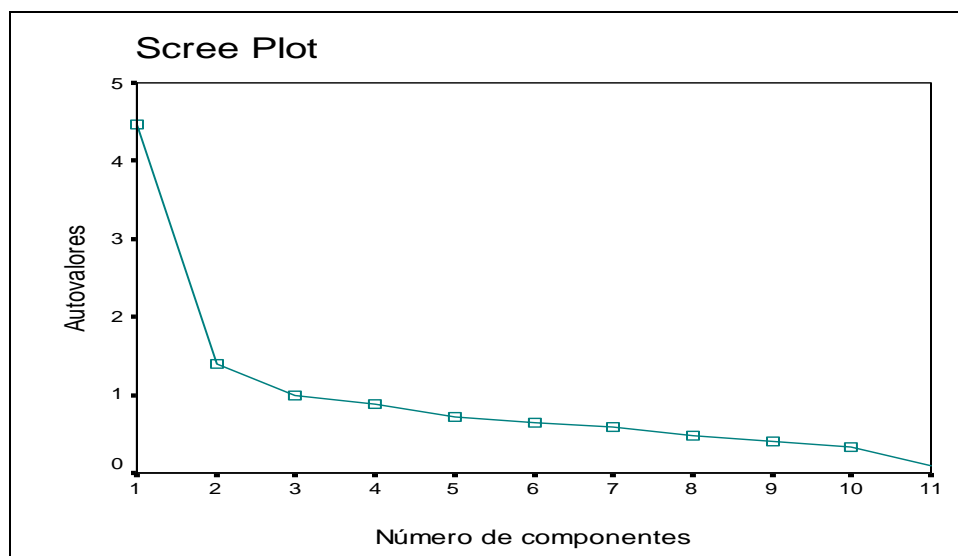
- 2) Pilotaje del QEWP-R: se aplicaron los instrumentos a un grupo de 20 alumnos de licenciatura y se llevó a cabo de manera individual una entrevista con cada uno de los participantes con el objetivo de evaluar si el lenguaje de las preguntas era comprensible y si las instrucciones eran claras. Con base a dicha información se

hicieron las modificaciones necesarias al instrumento y se pilotearon nuevamente con un grupo de 50 alumnos de licenciatura.

3) Aplicación de la versión final al QEWP-R: una vez que los cuestionarios eran comprensibles se procedió a obtener sus propiedades psicométricas (consistencia interna y análisis de factores), para tal fin se aplicó el QEWP-R a alumnos de secundaria, preparatoria y licenciatura.

## RESULTADOS

El coeficiente alfa obtenido para este cuestionario fue de 0.71, lo que indica que el instrumento tiene un nivel adecuado de consistencia interna.



**Figura 11.** Diagrama de sedimentación del análisis factorial del QEWP-R.

Asimismo se realizó un análisis factorial de componentes principales, del cual se arrojó 4 componentes, ambos con un valor propio (eigenvalues) mayor a uno (véase Figura 11). La gráfica de sedimentación muestra dos componentes, con autovalores de 2.75 y 1.60, respectivamente, los cuales se encuentran distantes del tercer factor.

Al aplicar el método ortogonal con rotación varimax, este análisis arrojó dos componentes que explican el 55.04% de la varianza total (véase Tabla 16). El primer factor fue llamado conductas compensatorias y se constituyó por ocho reactivos. Éste factor explica el 36.26% de la varianza total y presenta un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.88, lo cual indica un nivel adecuado de consistencia interna. Su coeficiente de correlación con el total del cuestionario fue significativo ( $r = 0.91$ ,  $p \leq 0.0001$ ). La puntuación promedio de este factor fue 9.51, con error estándar de la media de 0.05. Cabe señalar que, los

reactivos 5 y 6 no tienen congruencia conceptual con este factor, por lo que se recomienda dejarlos fuera de este factor.

**TABLE 16.** Reactivos y carga factorial para los tres factores extraídos del QEWP-R en la muestra de mujeres.

NÚMERO DE REACTIVO	CARGA FACTORIAL	
	CONDUCTAS COMPENSATORIAS	ATRACÓN
4f Se sintió realmente mal consigo misma(o) después de comer una gran cantidad de alimento.	0.97	----
4b Comió hasta dolerle el estómago o hasta sentirse enfermo del estómago.	0.97	----
4c Comió cantidades realmente grandes de alimento, aún cuando no sentía hambre.	0.96	----
4e Comió a solas porque no deseaba que alguien viera cuanto comía.	0.96	----
4d Comió realmente grandes cantidades de alimento durante el día fuera de las comidas regulares, como el desayuno, almuerzo, cena.	0.95	----
4a Comió muy rápido.	0.92	----
8. ¿Alguna vez se ha provocado el vómito o ha vomitado para impedir la ganancia de peso, después de comer una cantidad realmente grande de alimento?	----	0.82
3. Durante los pasados 6 meses ¿qué tan a menudo comió una cantidad realmente grande de alimento con la sensación de que su alimentación estaba fuera de control?	0.76	---
9. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos (pastillas, té u otros productos) que podrían hacerlo ir al baño, con el propósito de no ganar peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?	---	0.74
8a. ¿Qué tan a menudo -en promedio-, hizo esto?	---	0.73
10. Alguna vez no comió nada durante 24hrs (todo un día) para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?	---	0.72
11. ¿Alguna vez hizo ejercicio más de una hora seguida únicamente para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?	----	0.64
12. ¿Durante los pasados tres meses, alguna vez ingirió pastillas para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento?	----	0.63
2. Cuando comió una cantidad realmente grande de alimento ¿Alguna vez sintió que no podía parar de comer? ¿Sintió que no podía controlar qué o cuánto estaba comiendo?	0.62	---
1. Durante los pasados 6 meses, alguna vez comió más que la mayoría de la gente, por ejemplo: que sus amigos, ¿pensaría que fue realmente una gran cantidad de alimento?	0.51	---
1a. ¿Alguna vez comió una cantidad realmente grande de alimento en un periodo corto de tiempo (2 horas o menos)?	0.51	----
12b. ¿Alguna vez ingirió más del doble de la cantidad que está indicada en la caja o envase?		0.46
5. Durante los pasados 6 meses ¿Qué tan mal se sintió cuando comió demasiado o más alimento del que cree sería óptimo para usted?	----	----
6. ¿Qué tan mal se sintió al no poder parar de comer o no poder controlar qué o cuánto estaba comiendo?	----	----
7. Durante los pasados 6 meses, ¿ha importado su peso o la forma de su cuerpo en cómo se siente consigo misma (o)? Compare esta sensación con lo que siente en otras áreas de su vida, semejante a como se relaciona o lleva con sus padres, como es con sus amigos y como le va en la escuela.	----	----
<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>0.88</b>	<b>0.80</b>
<b>% de varianza</b>	<b>36.26%</b>	<b>18.78%</b>
<b>Autovalor</b>	<b>9.42</b>	<b>4.88</b>



<b>Media</b>	<b>9.51</b>	<b>1.71</b>
<b>EE</b>	<b>0.05</b>	<b>0.08</b>

Nota: EE = error estándar

El segundo factor fue nombrado atracción y quedó conformado por 10 reactivos que explica el 18.78% de la varianza total. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para este factor fue de 0.80, lo cual indica un nivel adecuado de consistencia interna (véase Tabla 16). Su coeficiente de correlación con el total del cuestionario fue significativo ( $r = 0.82$ ,  $p \leq 0.0001$ ). Asimismo, se observó una correlación de tipo moderada entre el factor 1 y 2 ( $r = 0.50$ ,  $p \leq 0.0001$ ). La puntuación promedio de este factor fue de 1.71 y un error estándar de 0.08. Cabe señalar que los reactivos 5, 6 y 7 no se agruparon en ningún factor.

Al correlacionar la entrevista con el cuestionario se obtuvo un coeficiente positivo y alto (índice kappa= 0.81,  $p \leq 0.0001$ ). Además se identificó que el cuestionario puede clasificar correctamente al 82.4% de la muestra diagnosticada con TCA y al 96.8% de la muestra sin TCA. Por lo tanto, el instrumento es útil para identificar la población con sintomatología de TCA (particularmente los casos con riesgo de BN o TPA).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSION

El propósito de este estudio fue evaluar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWP-R). De acuerdo con los hallazgos antes citados el QEWP-R presentó un adecuado nivel de consistencia interna ( $\alpha = 0.71$ ) en la muestra estudiada. La estructura factorial que se propone para este cuestionario —QEWP-R— en la muestra de mujeres y hombres sugiere dos factores: conductas compensatorias y atracón alimentario, con un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.88 y 0.80, respectivamente. Estos factores permiten distinguir entre un atracón real de un atracón subjetivo y entre la presencia y ausencia de conductas compensatorias tanto purgativas —provocación del vómito y/o consumo de laxantes y diuréticos— como no purgativas —ejercicio, ayunos prolongados y consumo de pastillas—. De ahí que, permiten distinguir claramente la sintomatología de TPA y BN. Cabe señalar que actualmente no existen estudios que hayan evaluado las propiedades psicométricas de QEWP-R.

Asimismo se encontró que existe un apropiado nivel de correspondencia entre el diagnóstico de la IDED y el QEWP-R ( $Kappa = 0.81$ ,  $p \leq 0.0001$ ), siendo mayor a lo encontrado en los estudios de Elder et al. (2006), de Zwaan et al. (1993) y Spitzer et al. (1993a), aunque estos autores emplearon otro tipo de entrevistas (Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R [SCID] y Examen de los Trastornos Alimentarios [EDE]), asimismo, sus muestras fueron de mayor edad y presentaban un obesidad severa.

Por todo lo anterior, podemos concluir que el QEWP-R posee adecuadas propiedades psicométricas en muestras de jóvenes mexicanos procedentes de instituciones educativas, de ahí que es recomendable como instrumentos de tamizaje del TPA y BN en estas poblaciones. Empero son necesarios más estudios que prueben este instrumento en poblaciones de mayor edad y con problemas de sobrepeso y obesidad, sobretodo recordando que el TPA se presenta principalmente en muestra de obesos y en la edad adulta — $\bar{X} = 32$

años—. Asimismo hace falta que se valore la sensibilidad y especificidad de dicho instrumento.

## **1ER. ESTUDIO. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA CON EPISODIOS DE ATRACÓN ALIMENTARIO**

### **Objetivos**

Evaluar el nivel de predicción del comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos para el atracón alimentario.

## **MÉTODO**

### **Muestra**

Para este estudio se seleccionó a 188 participantes de la muestra general, 158 mujeres ( $\bar{X}$  de edad = 17.91, DE = 2.54) y 30 hombres ( $\bar{X}$  de edad = 17.14, DE = 1.78), con un rango de edad de 15 a 25 años ( $\bar{X}$  = 17.71, DE = 2.39), procedentes de diferentes instituciones educativas de la ciudad de México y su zona metropolitana.

### **Instrumentos**

- 1) Hoja de datos generales**
- 2) Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R, *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*, Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993a; Jonson, Grieve, Adams & Sandy, 1999).** El cual fue validado para este estudio.
- 3) Cuestionario de Bulimia (BULIT, *Test for Bulimia*, Smith & Thelen, 1984).**
- 4) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB, *Beck Anxiety Inventory*, Beck & Steer, 1993).**
- 5) Inventario de Depresión de Beck (IAB, *Beck Depression Inventory*, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).**
- 6) Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40, *Eating Attitudes Test*, Garner & Garfinkel, 1979).**

- 7) **Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, *Body Shape Questionnaire*, Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).**
- 8) **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ, *Three Factor Eating Questionnaire*, Stunkard & Messick, 1985).** Se evaluaron sus propiedades psicométricas para la presente investigación.
- 9) **Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI, *Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmestad & Polivy, 1983).**

## Procedimiento

Se solicitó a las diferentes instituciones su autorización para la aplicación de los instrumentos, una vez obtenida ésta se solicitó a los participantes su colaboración y procedió a la aplicación de los instrumentos (hoja de datos generales, QEWP-R y BULIT) en grupos de 20 a 30 personas. Posteriormente se conformaron los grupos considerando la presencia o ausencia del atracón alimentario y el género (véase Tabla 18):

**TABLA 18.** Grupos con y sin atracón alimentario.

Episodios de atracón	Mujeres	Hombres
Con atracón	32	13
Sin atracón	33	13

Los criterios para determinar la presencia o ausencia de atracón se describen a continuación:

**1) Grupo con Atracón alimentario:** personas que presentan episodios de atracón alimentario, divididos por género (hombres y mujeres). Se consideró que una persona presentaba atracón alimentario si contestaba afirmativamente a la pregunta 1 y 2 del QEWP-R:

- a) Durante los pasados 6 meses, alguna vez comió más que la mayoría de la gente, por ejemplo: que sus amigos, ¿pensaría que fue realmente una gran cantidad de alimento?  
¿Alguna vez comió una cantidad realmente grande de alimento en un periodo corto de tiempo (2 horas o menos)?
- b) Cuando comió una cantidad realmente grande de alimento ¿Alguna vez sintió que no podía parar de comer? ¿Sintió que no podía controlar qué o cuánto estaba comiendo?

**2) Grupo sin atracón alimentarios (control):** proporcionalmente a la muestra con atracón y equiparados en edad, sexo y escolaridad, se eligió al azar a un grupo que no presentaban episodios de atracón alimentario. Este grupo también se dividió de acuerdo al género (véase Tabla 17).

Posteriormente se tomaron las medidas antropométricas de manera individual, para extraer: el Índice de Masa Corporal (IMC), el Índice Cintura Cadera (ICC), el porcentaje de grasa y el Índice de Percepción de la Imagen Corporal del peso, espalda, cintura y cadera. Y se aplicaron los siguientes cuestionarios: **IDB, IAB, EAT-40, BSQ, EDI y TFEQ.**

## RESULTADOS

La Tabla 19 indica que los grupos de hombres y mujeres con episodios de atracón fueron de mayor edad y presentaron un mayor IMC, que es considerado, de acuerdo a los estándares para población adulta mexicana, como sobrepeso. Mientras que el grupo sin atracón mostró un IMC que se clasifica dentro del rango de la normalidad (normopeso).

**TABLA 19.** Edad e Indicadores antropométricos de los grupos de mujeres y hombres con y sin atracón.

	ATRACÓN		SIN ATRACÓN	
	G1 Mujer	G2 Hombres	G3 Mujeres	G4 Hombres
<b>EDAD</b>	$\bar{X} = 20.61$ EE = 0.98	$\bar{X} = 16.64$ EE = 0.69	$\bar{X} = 19.30$ EE = 0.97	$\bar{X} = 16.40$ EE = 0.58
<b>Peso</b>	$\bar{X} = 62.72$ EE = 1	$\bar{X} = 81.50$ EE = 1	$\bar{X} = 53$ EE = 2	$\bar{X} = 67.87$ EE = 2
<b>Porcentaje de grasa</b>	$\bar{X} = 33.69$ EE = 0.81	$\bar{X} = 23.96$ EE = 2	$\bar{X} = 30.49$ EE = 0.65	$\bar{X} = 23.73$ EE = 2
<b>IMC</b>	$\bar{X} = 26.52$ EE = 0.75	$\bar{X} = 27.70$ EE = 1.7	$\bar{X} = 23.09$ EE = 0.58	$\bar{X} = 23.86$ EE = 1
<b>ICC</b>	$\bar{X} = 79.86$ EE = 2.1	$\bar{X} = 87.19$ EE = 2.5	$\bar{X} = 79.93$ EE = 0.70	$\bar{X} = 85.22$ EE = 1.89

Nota:  $\bar{X}$  = media, EE = error estándar, IMC = Índice de Masa Corporal e ICC = Índice cintura-cadera

## Predictores del atracón alimentario

Se efectuó un análisis de regresión logística binaria para evaluar cuál de las variables estudiadas son predictores del atracón, se consideró como variable dependiente la presencia o ausencia de atracón y como variables independientes o predictoras fueron considerados el comportamiento alimentario, los factores clínicos, la imagen corporal y los indicadores antropométricos (véase Figura 14).



Figura 14. Esquema de la regresión logística binaria.



## Indicadores antropométricos

El análisis de regresión logística binomial (véase Tabla 20) señaló que de las variables agrupadas como indicadores antropométricos, sólo la fluctuación del peso factor internacional del BULIT fue predictor del atracón alimentario. Por lo anterior se puede decir que la muestra con atracón presentó 2.41 veces (OR [95% IC]= 2.41 [1.55, 3.73]) mayor probabilidad de tener fluctuaciones de peso corporal. Ésta variable clasificó correctamente al 73.2% de los casos.

**TABLA 20.** Resultados del análisis de regresión logística binaria en cuanto a los indicadores antropométricos.

Pasos o Modelos	$\beta$	Wald	Exp. $\beta$	IC (95%)		$\chi^2$
				Límite Inferior	Límite Superior	
1   Fluctuaciones de peso	0.57	15.45*	2.41	1.55	3.73	25.18*

Nota:  $\beta$ = coeficiente de regresión no estandarizado, Exp.  $\beta$  = exponente  $\beta$  o OR = razón de odds, IC = Intervalo de confianza para el exponente  $\beta$  al 95%. \* $p \leq 0.0001$ .

## Comportamiento alimentario

En la Tabla 21, se observa que la restricción alimentaria factor del TFEQ, la susceptibilidad al hambre factor del TFEQ y la motivación para adelgazar factor del EDI interactúan para predecir el atracón alimentario. En esta Tabla también se aprecia que la muestra que refiere atracón exhibió 1.27 veces (OR [95% IC]= 1.27 [1.01, 1.61]) más probabilidad de presentar restricción alimentaria, 1.40 veces (OR [95% IC]= 1.40 [1.12, 1.75]) más probabilidad de presentar susceptibilidad al hambre y 1.15 veces (OR [95% IC]= 1.15 [1.02, 1.30]) motivación para adelgazar. Estas variables clasificaron correctamente al 88.5% de la muestra total.

**TABLA 21.** Modelos encontrados con el análisis de regresión logística binaria en el comportamiento alimentario.

Pasos o modelos	$\beta$	Wald	Exp. $\beta$	IC (95%)		$\chi^2$	
				Límite inferior	Límite superior		
1	Motivación para adelgazar	0.26	23.52 ***	1.30	1.17	1.43	48.64 ***
2	Hambre	0.32	9.18 ***	1.38	1.12	1.70	10.82 ***
	Motivación para adelgazar	0.21	14.32 **	1.24	1.11	1.38	
3	Restricción alimentaria	0.25	4.30 *	1.27	1.01	1.61	4.78 ***
	Hambre	0.34	8.55 **	1.40	1.12	1.75	
	Motivación para adelgazar	0.14	5.16 *	1.15	1.02	1.30	

Nota:  $\beta$ = coeficiente de regresión no estandarizado, Exp.  $\beta$ = exponente  $\beta$  o OR= razón de odds, IC = Intervalo de confianza para el exponente  $\beta$  al 95%. \*p < 0.05, \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.0001.

## Factores clínicos

Con respecto a las variables agrupadas en el rubro de factores clínicos, se encontró que al conjugarse la sintomatología de depresión total de Inventario de Depresión Beck y las conductas compensatorias factor del BULIT son capaces de predecir el atracón alimentario (véase Tabla 22). Por lo tanto, la muestra con atracón presentó 1.97 veces (OR [95% IC]= 1.97 [1.30, 3.01]) más probabilidad presentar conductas compensatorias y 1.12 veces (OR [95% IC]= 1.12 [1.04, 1.21]) sintomatología de depresión. Este modelo clasificó correctamente al 82.8% de los grupos.

Estos datos sugieren la presencia de conductas compensatorias — como el vómito, consumo de laxantes y/o diuréticos, ejercicio y ayunos prolongados— en el grupo con atracón. Esto puede explicarse porque el grupo con atracón se conformó de personas con Bulimia nerviosa purgativa y TANES de Bulimia Nerviosa.

**TABLA 22.** Modelos encontrados con el análisis de regresión logística binaria en lo referente a los factores clínicos.

Pasos o modelos		$\beta$	Wald	Exp. $\beta$	IC (95%)		$\chi^2$
					Límite inferior	Límite superior	
1	Conductas compensatorias	0.78	13.72*	2.19	1.45	3.31	42.99**
2	Conductas compensatorias	0.68	9.73*	1.97	1.30	3.01	12.52**
	Total de depresión	0.11	8.34*	1.12	1.04	1.21	

Nota:  $\beta$ = coeficiente de regresión no estandarizado, Exp.  $\beta$ = exponente  $\beta$  o OR= razón de odds, IC= Intervalo de confianza para el exponente  $\beta$  al 95%. \*p < 0.01, \*\*p < 0.0001.

**TABLA 23.** Nivel de ansiedad y depresión de los grupos con y sin atracón

	ATRACÓN	
	Con Atracón	Sin atracón
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)</b>		
Total de depresión	$\bar{X}$ = 19.18 EE = 1.7 moderado	$\bar{X}$ = 5.74 EE = 0.71 mínimo
<b>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (IAB)</b>		
Total de ansiedad	$\bar{X}$ = 23.23 EE = 1.7 moderado	$\bar{X}$ = 9.89 EE = 1 leve

Nota:  $\bar{X}$  = media, EE = Error Estándar de la Media

En la Tabla 23 se aprecia que el grupo con atracón se caracterizó por presentar un nivel moderado de sintomatología de ansiedad y depresión, mientras que los grupos sin atracón exhibieron un nivel mínimo de sintomatología de depresión y leve en la sintomatología de ansiedad.

### Imagen corporal

En la Tabla 24 se presentan las variables que conformaron la imagen corporal, en ella se aprecian que únicamente la insatisfacción corporal total del BSQ es una variable relevante en la predicción del atracón alimentario, de tal modo que la muestra con atracón presentó 1.06 veces (OR [95% IC]= 1.06

[1.04, 1.09]) más probabilidad de exhibir insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal clasifica correctamente al 82.7% de la muestra total.

**TABLA 24.** Resultados obtenidos en la regresión logística binaria con respecto a las variables agrupadas en la imagen corporal.

Pasos o Modelos		$\beta$	Wald	Exp. $\beta$	IC (95%)		$\chi^2$
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Total del BSQ	0.060	24.22*	1.06	1.04	1.09	61.50*

Nota:  $\beta$ = coeficiente de regresión no estandarizado, Exp.  $\beta$ = exponente  $\beta$  o OR= razón de odds, IC = Intervalo de confianza para el exponente  $\beta$  al 95%. \*p < 0.0001.

El grupo con atracón rebasó el punto de corte nacional e internacional sugerido para el BSQ (grupo con atracón:  $\bar{X}$  = 133, EE = 4.65. Grupo sin atracón:  $\bar{X}$  = 62.61, EE = 2.77), de ahí que, una alta inconformidad con el peso y la figura parecen caracterizar a las muestra con atracón (véase Tabla 25).

**TABLA 25.** Comparación entre los grupos de mujeres y hombres con y sin atracón en la imagen corporal.

	ATRACÓN	
	Con Atracón	Sin atracón
<b>CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (BSQ)</b>		
<b>TOTAL BSQ</b>	$\bar{X}$ = 133 EE = 4.65	$\bar{X}$ = 62.61 EE = 2.77

Nota:  $\bar{X}$  = media, EE = Error Estándar de la Media.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de predicción del comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos para el atracón alimentario. De acuerdo con los resultados las variables que fueron relevantes en la predicción del atracón son las siguientes: fluctuación del peso, restricción alimentaria, susceptibilidad al hambre, motivación para adelgazar, conductas compensatorias, sintomatología de depresión e insatisfacción corporal. A continuación se analizarán cada uno de estas características:

### ***Indicadores antropométricos***

La muestra con atracón presentó un IMC promedio de  $27.55\text{kg/m}^2$  (EE= 0.82) que es considerado como sobrepeso de acuerdo a la norma para población mexicana adulta (Vargas & Casillas, 1993). Estos datos son consistentes con previos estudios que fundamentan una asociación entre el atracón y el IMC (Borges et al., 2002; Fairburn, 1998; de Zwaan, 2001; Fitzgibbon et al., 2003; Lora & Saucedo, 2006).

Otro indicador antropométrico que caracterizó a la muestra con atracón de este estudio fue la fluctuación del peso —que se definen como ciclos de pérdida de peso seguidas por su ganancia y que son consecuencia de someterse a continuas dietas restrictivas—. Al respecto Marchesini et al. (2004) sugieren que una importante proporción de la población con atracón alimentario tiene significativas variaciones en su peso corporal.

Las fluctuaciones del peso corporal han sido ampliamente citadas en la literatura como un precipitante importante del atracón alimentario (de Zwaan et al., 1994; Foster et al., 1997; Spitzer et al., 1992; Venditti et al., 1996; Yanovski & Sebring, 1994). De acuerdo a los datos obtenidos en el análisis de

regresión logística binomial, de las variables incluidas como indicadores antropométricos sólo la fluctuación del peso corporal fue predictor del atracón alimentario, lo cual es un reflejo de que las participantes con atracón pueden sufrir importantes alteraciones a nivel metabólico, posiblemente resultado de hábitos alimentarios inadecuados. Al respecto Popkess-Vawter y Owens (1999), Hernández, Trava, Bastarrachea y Laviada (2003), señalan que las fallas en el mantenimiento del peso corporal se asocian de manera importante con el atracón.

Así, la evaluación antropométrica de los sujetos con atracón debe analizar con detenimiento la historia del peso corporal, ya que este es un punto medular que se debe abordar en el tratamiento de esta clase de pacientes.

### ***Comportamiento alimentario***

Los datos confirman que los participantes que reportaron atracones alimentarios exhibieron mayor probabilidad de presentar más alteraciones en el comportamiento alimentario que los participantes sin atracones, tales como: restricción alimentaria y susceptibilidad al hambre. Lo anterior confirman las investigaciones de Adami et al. (2002), Becker, Burwell, Navara y Gilman (2003), Guss et al. (2002), Grange, Gorin, Catley y Stone (2001), Hsu et al. (2002), Nauta et al. (2000), Telch y Stice (1998), Wilfley et al. (2000).

De acuerdo a los estudios internacionales la dieta ha sido considerada como un potencial precipitador del atracón alimentario (Stice, Killen, Hayward & Taylor, 1998). Engelberg et al. (2005) fundamentan que los episodios de atracón son antecedidos por intensos deseos de atracarse y a su vez estos deseos son precedidos por la restricción alimentaria, de esta manera la dieta restrictiva contribuye al deseo de atracarse.

Con base a lo anterior se confirma el modelo de regulación de alimentos de Herman y Polivy (citado en Stunkard & Stellar, 1984), ya que efectivamente la restricción de alimentos es un potencial precipitador del episodio de atracón alimentario. Y contradicen lo reportado por Alvarez (2006), Byrne y McLean (2002), Spoor, Stice, Bekker, Van Strien, Croon y Van Heck (2006), Strien, Engels, Leeuwe y Snoek (2005), quienes no encontraron que la dieta jugara un papel relevante en la precipitación de los episodios de atracón en sus modelos de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) con muestras clínicas y comunitarias. Estudios retrospectivos también han sugerido que la dieta restrictiva no es necesariamente una precondition para la ocurrencia del atracón (Bulik, Sullivan, Carter & Joyce, 1997; Mussel et al., 1997). Asimismo, Howard y Porzelius (1999) argumentan que no es claro el papel que juega este factor en el origen y mantenimiento del TPA. Dada esta controversia en la literatura es posible que la dieta restrictiva este mediada por otros factores para desencadenar el atracón, tales como las emociones o puede ser que existan diferentes caminos, tal como lo sustentan las investigaciones de Grilo (citado en Fairburn & Brownwill, 2002); Grilo y Masheb (2000); Grilo y Masheb (2004); Ramacciotti et al., (2005); Reas y Grilo (2007); Schimidt (2000).

Asimismo, se puede argumentar que las constantes dietas restrictivas a las que se someten los sujetos con atracón son en parte responsables de las fluctuaciones del peso corporal. Además, la alta susceptibilidad al hambre en las muestras con atracón es un indicador de que los factores fisiológicos desempeñan un papel trascendente en el desencadenamiento de esta conducta.

Por otro lado, también se encontró que la muestra con atracón exhibió una alta motivación para adelgazar, lo cual parece asociarse con un peso corporal elevado. Estos hallazgos corroboran lo sugerido por Anthony et al. (1994), Grilo (citado en Fairburn & Brownell, 2002) en cuanto a que las

pacientes con atracón presentan una mayor preocupación por la delgadez y miedo extremo a ganar peso (motivación para adelgazar).

Para evaluar la conducta alimentaria se consideró: la *preocupación por la comida*, la *presión social percibida*, la *desinhibición*, la *restricción alimentaria* y la *susceptibilidad al hambre*, de dichas variables sólo 3 fueron importantes para predecir el atracón: **la restricción alimentaria, la susceptibilidad al hambre y la motivación para adelgazar**. Esto confirma la hipótesis anterior, ya que una posible explicación puede ser que dado que la persona se encuentra motivada para adelgazar —como consecuencia de su sobrepeso— comienza a restringir sus alimentos, lo que genera una alta susceptibilidad al hambre, que desencadena el atracón.

### ***Factores Clínicos***

En esta área se evaluaron los factores cognitivos-conductuales asociados a los TCA —sentimientos de ineficacia, identificación interoceptiva y conductas compensatorias— y los afectos negativos —sintomatología de ansiedad y depresión—.

Los datos de la presente investigación corroboran la presencia de conductas compensatorias —medidas mediante el BULIT— en los grupos con atracones alimentarios, básicamente éstas son de tipo purgativo. Este dato puede explicarse en parte, dado que algunos de los participantes que conformaron el grupo con atracón fueron diagnosticados con BN y TANES con BN. Aunque lo anterior también señala la necesidad de seguir investigando sobre el empleo de conductas compensatorias en población que reporta episodios de atracón.

En cuanto a los afectos negativos que caracterizaron a la muestra con atracón, se apreció que esta muestra presentó niveles moderados de



sintomatología de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con lo reportado por Jirilk-Babb y Geliebter (2003), Ledoux, Choquet y Manfredi (1993), Wadden et al. (1993), Wheeler, Greiner y Boulton (2005), Mazzeo et al. (2006), Womble et al. (2001)

Los sentimientos negativos —como son la ansiedad, la depresión y el neuroticismo— son precipitadores potenciales del atracón alimentario (Chua et al., 2004; Fairburn, 1998; Freeman & Gil, 2004; Pendleton et al., 2001, Peterson et al., 2005; Reagan & Hersch, 2005, Wolff et al., 2000). En este estudio se encontró que sólo la sintomatología de depresión, fue predictor del atracón alimentario. Reagan y Hersch (2005) proponen que los síntomas de depresión incrementan la frecuencia de los episodios de atracones en muestras constituidas por mujeres.

Dado estos hallazgos, puede ser que la conducta alimentaria de la muestra con atracón de este estudio se encuentre mediada por las emociones, específicamente depresión. Lo cual es soportado por el modelo de regulación del afecto, el cual plantea que el consumo de alimentos provee confort y distracción ante las emociones adversas (Hawkins & Clement, 1984; McCarthy, 1990). Al respecto, Russ (1998) señala que el afecto negativo media la relación entre la insatisfacción corporal y el atracón alimentario en población de pacientes con TPA.

### ***Imagen corporal***

La insatisfacción corporal es probablemente uno de los más robustos factores de riesgo del TCA y ha mostrado predecir el atracón (Polivy & Herman, 1992). De acuerdo con este trabajo dentro de las variables contempladas en la imagen corporal sólo ésta fue relevante en la predicción del atracón. Datos similares han sido identificados por Afridi et al. (2003),

Byrne y McLean (2002), Russ (1998). Considerando estos hallazgos, la insatisfacción corporal es una variable importante en la caracterización de las muestra con episodios de atracón alimentario.

La insatisfacción corporal en dichas personas es real, ya que esta muestra presenta un IMC que las clasifica con sobrepeso. Este estudio apoya lo encontrado por Matos et al. (2002), en cuanto a que las mujeres con una alta frecuencia de atracones presentaban altas puntuaciones en el BSQ ( $\geq 140$ ). Asimismo, coincide con lo encontrado en otros estudios con población mexicana (López, Mancilla, Alvarez & Cobos, 1997; López, Mancilla, Alvarez & Vázquez, 2003), en lo referente a que las mujeres provenientes de grupos de comedoras compulsivas presentan más insatisfacción corporal y mayor asimilación del modelo estético corporal de delgadez extrema.

## **2º. ESTUDIO. COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON TRASTORNO POR ATRACÓN Y BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVA**

### **Objetivos**

- 1) Estimar la ocurrencia del Trastorno por Atracón.
- 2) Comparar a los grupos con Trastorno por Atracón (TPA), Bulimia Nerviosa tipo purgativo (BN-P) y control, con respecto al comportamiento alimentario, factores clínicos, imagen corporal e indicadores antropométricos.
- 3) Evaluar si las variables incluidas en el Comportamiento alimentario, los Indicadores antropométricos, los Factores clínicos y la Imagen corporal pueden predecir diferencialmente —de forma individual o interactiva— la presencia de la BN y el TPA.

## **MÉTODO**

### **Muestra**

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 54 participantes (18 con Bulimia Nerviosa de tipo Purgativo, 18 con Trastorno por Atracón y 18 sin Trastorno Alimentario), con un rango de edad de 13 a 39 años ( $\bar{X}$  = 20.10, DE = 5.93) y con un nivel de escolaridad de secundaria a licenciatura. Los participantes procedían de clínicas de tratamiento de trastornos alimentarios, centros de ejercicio aeróbico-reductivo, instituciones educativas y de la muestra que es canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN-UNAM) para su evaluación (véase Tabla 26).

TABLA 26. Procedencia de la muestra

	<b>FRECUENCIA</b>
<i>Institución educativa pública</i>	17
<i>Institución educativa privada</i>	7
<i>Centros de ejercicio aeróbico-reductivo</i>	9
<i>Canalizadas al PIN</i>	15
<i>Centro de tratamiento de TCA</i>	5
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>

## **Instrumentos**

- 1) **Hoja de datos generales**
- 2) **Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R, *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*, Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993a, Jonson, Grieve, Adams & Sandy, 1999).** El cual fue validado para este estudio.
- 3) **Cuestionario de Bulimia (BULIT, *Bulimia Test*, Smith & Thelen, 1984).**
- 4) **Inventario de Depresión de Beck (IDB, *Beck Depression Inventory*, Beck, 1967; Beck & Steer, 1993).**
- 5) **Inventario de Ansiedad de Beck (IAB, *Beck Anxiety Inventory*, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).**
- 6) **Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40, *Eating Attitudes Test*, Garner & Garfinkel, 1979).**
- 7) **Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, *Body Shape Questionnaire*, Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987).**
- 8) **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ, *Three Factor Eating Questionnaire*, Stunkard & Messick, 1985).** Se evaluaron sus propiedades psicométricas para la presente investigación.
- 9) **Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI, *Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmestad & Polivy, 1983).**

**10) Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED**  
*Interview for the Diagnosis of Eating Disorders*, Kustlesic, Williamson, Gleaves,  
Barbin & Murphy-Eberenz, 1998).

### **Procedimiento**

*A) Para la muestra procedente de instituciones educativas y de Centros de ejercicio aeróbico-reductivo:*

Los sujetos del estudio 1 que rebasaron el punto de corte de alguno de los siguientes instrumentos: EAT-40, BULIT y QEWP-R, fueron entrevistados de manera individual, así como a los que presentaban un IMC mayor o igual 30. También se entrevistó al azar a una muestra proporcional a la anterior de personas que no cumplan con los criterios antes señalados para que conformaran el grupo control, dicha muestra fue equiparada a la que rebasó el punto de corte de los instrumentos en edad, escolaridad y estado civil.

La entrevista diagnóstica fue realizada por un experto en el área que contó con un ayudante que tomaba las notas y participaba en la elaboración del expediente. Para la formulación del diagnóstico (siguiendo los criterios del DSM-IV-TR, [APA], 2000) participaron dos investigadores del Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN) que tenían experiencia en el área, de tal manera que cada entrevista pasó por dos evaluadores, cuyo diagnóstico fue consensuado.

Posteriormente todos los sujetos contestaron, de manera individual, los siguientes cuestionarios: Hoja de datos generales, **IDB, IAB, BSQ, EDI y TFEQ**.

*B) Para las muestras de los Centro de Tratamiento de TCA y canalizadas al PIN:*

El procedimiento consto de tres sesiones, en la primera se pedía a los participantes que contestaran los cuestionarios siguientes: Hoja de datos generales, EAT, BULIT, QEWP-R y BSQ; en la segunda sesión constaban la batería de cuestionarios restantes: EDI, TFEQ, IDB e IAB, y en la tercera sesión se tomaban las medidas antropométricas y se realizaba la entrevista. Los instrumentos eran aplicados de manera individual y cada sesión tenía una duración aproximada de 1:30 hrs. aproximadamente.

Con base a los criterios diagnósticos evaluados mediante la entrevista (**IDED**) se conformaron tres grupos:

**Grupo de Bulimia Nerviosa tipo Purgativo ( [BN-P],  $n = 18$ ).**

**Grupo con Trastorno por Atracón ( [TPA],  $n = 18$ ).**

**Grupo sin Trastorno del Comportamiento Alimentario ([control],  $n = 18$ )**

## RESULTADOS

De acuerdo a la entrevista diagnóstico para Trastornos Alimentarios — IDDED— se identificaron 18 casos con Bulimia Nerviosa de tipo Purgativa (BN-P) —que equivalen al 1.09% de la muestra total—, 18 casos con Trastorno por Atracón ( [TPA], 15 mujeres y 3 hombres) —que corresponden al 1.09% de la muestra total— y 34 casos sin Trastorno de la Conducta Alimentaria (25 mujeres y 9 hombres), de éstas se seleccionaron al azar a 18 mujeres de la muestra general para que fungieron como grupo control (véase Tabla 15). Para los subsecuentes análisis únicamente se consideró a las mujeres (véase Tabla 27), dado que se identificaron muy pocos casos de Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) en la población varonil.

**TABLA 27.** Distribución de los diagnósticos con BN-P, TPA y Control.

Género	DIAGNÓSTICO		
	BN-P	TPA	Control
Mujeres	18 (1.09%)	15 (0.91%)	25
Hombres		3 (0.18%)	9
total	18 (1.09%)	18 (1.09%)	34

La comparación entre los grupos con: Bulimia tipo Purgativo (BN-P), Trastorno por Atracón (TPA) y control, en cuanto a el comportamiento alimentario, los factores clínicos, la imagen corporal y los indicadores antropométricos, se llevó a cabo con un análisis de covarianza (ANCOVAs) —controlando los efectos de la variable edad— y posterior a ésta, una prueba de corrección —Bonferroni—.

## Indicadores antropométricos

En la Tabla 28 se presenta la edad y las características antropométricas de los grupos con BN, TPA y control. Como se puede apreciar se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con TPA y los grupos con BN-P y control en la edad, peso corporal e Índice de Masa Corporal (IMC), al realizar la prueba de comparación post-hoc (Bonferroni) se observó que el grupo con TPA tenía mayor edad y exhibió un peso e IMC más elevado. Asimismo, se detectaron diferencias entre los grupos con BN-P y TPA con respecto al grupo control en la fluctuación del peso corporal factor original del BULIT, de tal modo que el grupo con BN-P obtuvo mayores puntuaciones en este factor. Aunque se debe de ser cauteloso con respecto a este dato, ya que los grupos con TPA y BN presentaron puntuaciones muy parecidas en este factor del BULIT.

**TABLA 28.** Características de los grupos con BN-P, TPA y controles en cuanto a edad e Indicadores antropométricos.

	GRUPOS			F (2, 51)	Prueba Post-hoc
	G1. BN-P (n = 18)	G2. TPA (n = 15)	G3. CONTROL (n = 18)		Bonferroni
<b>EDAD</b>	$\bar{X} = 19.19$ $EE = 0.95$	$\bar{X} = 25.64$ $EE = 0.13$	$\bar{X} = 17.17$ $EE = 0.54$	7.87 **	G2 vs. G1, G3
<b>Peso</b>	$\bar{X} = 61.65$ $EE = 0.32$	$\bar{X} = 78.65$ $EE = 0.27$	$\bar{X} = 64.21$ $EE = 0.72$	7.48 **	G2 vs. G1, G3
<b>IMC</b>	$\bar{X} = 24.19$ $EE = 0.89$ <b>Normopeso</b>	$\bar{X} = 31.57$ $EE = 0.49$ <b>Obesidad</b>	$\bar{X} = 25.92$ $EE = 0.44$ <b>Sobrepeso</b>	4.01 *	G2 vs. G1, G 3
<b>% de grasa</b>	$\bar{X} = 31.26$ $EE = 0.65$	$\bar{X} = 36.51$ $EE = 0.77$	$\bar{X} = 33.57$ $EE = 0.09$	2.27	
<b>ICC</b>	$\bar{X} = 79.25$ $EE = 0.2$ Moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo ( <b>Androide</b> )	$\bar{X} = 84.05$ $EE = 0.86$ Alto predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo ( <b>Hiperandroide</b> )	$\bar{X} = 78.22$ $EE = 0.78$ Moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo ( <b>Androide</b> )	1.02	
<b>CUESTIONARIO DE BULIMIA</b>					
<b>Fluctuaciones del peso</b>	$\bar{X} = 5.88$ $EE = 0.38$	$\bar{X} = 5.79$ $EE = 0.33$	$\bar{X} = 4.06$ $EE = 0.31$	5.93 *	G1, G2 vs. G3

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $EE$  = error estándar, IMC= Índice de Masa Corporal e ICC= Índice Cintura Cadera.

\* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.001$



Los valores normales encontrados en población mexicana para el ICC van del 0.71 a 0.84; de acuerdo con este dato la muestra con TPA, BN-P y control se ubicaron en este rango.

Con respecto a la distribución del IMC entre los grupos (véase Tabla 29), se encontró que la mayoría de las participantes del grupo con BN-P tenía un IMC que se distribuía entre el peso normal (normopeso) y sobrepeso, mientras que las participantes del grupo con TPA tenía un IMC que oscilaba del sobrepeso a la obesidad y el grupo de sujetos sin trastorno alimentario (controles) presentó un IMC que las clasificaba en su mayoría en el peso normal y sobrepeso.

**TABLA 29.** Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en los grupos con BN, TPA y control.

Clasificación de acuerdo al IMC	GRUPOS		
	BN-P	TPA	Control
<b>Peso bajo</b>	2.04%		4.08%
<b>Normopeso</b>	18.37%		14.29%
<b>Sobrepeso</b>	12.24%	12.24%	8.16%
<b>Obesidad</b>	2.04%	16.33%	10.20%
<b>Total</b>	34.69%	28.57%	36.73%

## Conducta alimentaria

La comparación entre los grupos con BN, TPA y control en cuanto a la conducta alimentaria se presenta en la Tabla 30. El estadístico señala diferencias significativas entre el grupo con BN-P y el grupo control en las variables de *restricción alimentaria* factor del EAT-40 y factor del TFEQ y *preocupación por la comida* factor del EAT-40. El grupo con BN-P obtuvo las mayores puntuaciones en estos factores. En lo referente a los factores de *desinhibición* factor del TFEQ, *hambre* factor del TFEQ y *motivación para adelgazar* factor del EDI, las diferencias se presentaron entre los grupos con BN-P y TPA *versus* el grupo control, encontrándose que el grupo con

TPA exhibió las mayores puntuaciones en los factores de desinhibición y hambre, mientras que en la motivación para adelgazar el grupo con BN-P mostró las mayores puntuaciones.

**TABLA 30.** Comportamiento alimentaria de los grupos de mujeres con BN-P, TPA y control.

	GRUPOS			F (2, 51)	Prueba Post-hoc
	G1. BN-P (n = 18)	G2. TPA (n = 15)	G3. CONTROL (n = 18)		Bonferroni
<b>CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN (EAT-40)</b>					
<b>Restricción alimentaria</b>	$\bar{X} = 8.12$ $EE = 1.54$	$\bar{X} = 6.43$ $EE = 1.54$	$\bar{X} = 1.61$ $EE = 0.42$	5.60 *	G1 vs. G3
<b>Preocupación por la comida</b>	$\bar{X} = 4.29$ $EE = 0.94$	$\bar{X} = 3.79$ $EE = 0.59$	$\bar{X} = 1$ $EE = 0.26$	5.23 *	G1 vs. G3
<b>Presión social percibida</b>	$\bar{X} = 2.53$ $EE = 0.80$	$\bar{X} = 1$ $EE = 0.43$	$\bar{X} = 1.17$ $EE = 0.59$	1.06	
<b>CUESTIONARIO TRES FACTORES DE LA ALIMENTACIÓN (TFEQ)</b>					
<b>Restricción</b>	$\bar{X} = 7.41$ $EE = 0.86$	$\bar{X} = 5.36$ $EE = 1.02$	$\bar{X} = 2.61$ $EE = 0.66$	7.27 *	G1 vs. G3
<b>Hambre</b>	$\bar{X} = 6.65$ $EE = 0.87$	$\bar{X} = 7.29$ $EE = 0.61$	$\bar{X} = 2.78$ $EE = 0.62$	8.40 **	G1, G2 vs. G3
<b>Desinhibición</b>	$\bar{X} = 4.41$ $EE = 0.59$	$\bar{X} = 5$ $EE = 0.52$	$\bar{X} = 1$ $EE = 0.36$	12.61 ***	G1, G2 vs. G3
<b>INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)</b>					
<b>Motivación para adelgazar</b>	$\bar{X} = 17.24$ $EE = 1.69$	$\bar{X} = 15.36$ $EE = 1.77$	$\bar{X} = 5.06$ $EE = 1.42$	14.26 **	G1, G.2 vs. G3

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $EE$  = Error Estándar de la Media, Covarianza: Edad. \* $p \leq 0.01$ , \*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\* $p \leq 0.0001$ .

Respecto a los factores de *sobreingesta* Factor del BULIT y *sentimientos posteriores* a ésta Factor del BULIT (véase Tabla 31), se observaron diferencias significativas entre los grupos con BN-P y TPA en relación al grupo control. Los estadísticos señalan que los grupos con BN-P y TPA obtuvieron las mayores puntuaciones. Los valores obtenidos por los grupos con TCA (BN y TPA) en el

factor de sobreingesta son muy parecidos, de este modo, los episodios de atracón parecen presentarse con una intensidad semejante en ambos grupos.

**TABLA 31.** Comparación entre los grupos con BN, TPA y control en los factores de sobreingesta y sentimientos posteriores a la sobreingesta del BULIT.

	GRUPOS			F (2, 51)	Prueba Post-hoc
	G1. BN-P (n= 18)	G2. TPA (n= 15)	G3. CONTROL (n= 18)		Bonferroni
<b>CUESTIONARIO DE BULIMIA (BULIT)</b>					
<b>Sobreingesta</b>	$\bar{X} = 33$ $EE = 3.08$	$\bar{X} = 33.18$ $EE = 2.07$	$\bar{X} = 18.11$ $EE = 1.43$	12.40*	G1, G. 2 vs. G3
<b>Sentimientos posteriores a la sobreingesta</b>	$\bar{X} = 26.41$ $EE = 1.47$	$\bar{X} = 23.82$ $EE = 1.17$	$\bar{X} = 14.11$ $EE = 0.86$	30.41*	G1, G2 vs. G3

Nota:  $\bar{X}$  =, EE = Error Estándar de la Media. Covarianza: Edad. \* $p \leq 0.0001$ .

En lo concerniente a la conducta alimentaria emocional (véase Tabla 32), se encontró que el grupo con BN y TPA reportaron ingerir alimentos básicamente ante situaciones de ansiedad, destacando en el grupo con TPA el consumo de alimentos al estar solas y en el grupo con BN-P cuando se sentían tristes. Asimismo, se observó que los grupos con TPA y BN refirieron restringir más sus porciones de alimento como método de control de peso. Resaltando en el grupo con BN como método el contar sus calorías con éste fin, y en el grupo con TPA ingerir menos comida para compensar el atracón.

**TABLA 32.** Porcentaje y frecuencia de las situaciones que propician que las participantes ingieran alimentos y conductas de restricción alimentaria.

ALIMENTACIÓN EMOCIONAL	GRUPOS					
	TRASTORNO POR ATRACÓN (TPA)		BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA (BN-P)		CONTROL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<i>¿Cuándo me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo?</i>	44.4% (88)	55.6% (10)	61.1% (11)	38.9% (7)	27.8% (5)	72.2% (13)
<i>Cuando me siento ansiosa(o), me encuentro a mi misma(o) comiendo.</i>	77.8% (14)	22.2% (4)	66.7% (12)	33.3% (6)	16.7% (3)	83.3% (15)
<i>Cuando me siento sola(o), me consuelo comiendo.</i>	50% (9)	50% (9)	55.6% (10)	44.4% (8)	16.7% (3)	83.3% (15)
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA						
<i>Restricción de las porciones de comida</i>	53.3% (8)	46.7% (7)	77.8% (14)	22.2% (4)	27.8% (5)	72.2% (13)
<i>Comer menos para compensar</i>	53.3% (8)	46.7% (11)	61.1% (11)	38.9% (7)	22.2% (4)	77.8% (14)
<i>Calcular las calorías</i>	46.7% (7)	53.3% (8)	44.4% (8)	55.6% (10)	11.1% (2)	88.9% (16)
<i>Comprar alimentos bajos en calorías</i>	26.7% (4)	73.3% (11)	83.3% (15)	16.7% (3)	27.8% (5)	72.2% (13)

\* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\* $p \leq 0.0001$ .

## Factores clínicos

En cuanto a los factores clínicos, que se presentan en la Tabla 33, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo BN-P y los grupos con TPA y control en las conductas compensatorias factor nacional del BULIT, siendo el grupo con BN-P quien presentó más este comportamiento. Asimismo se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con BN-P y TPA con respecto al grupo control en los factores ineficacia factor del EDI, identificación interoceptiva factor del EDI, total de depresión Inventario de Depresión Beck y total de ansiedad Inventario de Ansiedad Beck, así como en tres de los factores del Inventario de Ansiedad Beck: ansiedad subjetiva Inventario de Ansiedad Beck, neurofisiológica Inventario de Ansiedad Beck y autonómica Inventario de Ansiedad Beck. En todos los factores los grupos con

BN-P y TPA obtuvieron las mayores puntuaciones. También se observó que el grupo con BN-P presentó una ligera tendencia a exhibir mayores puntuaciones en el total de depresión y ansiedad, que el grupo con TPA y el grupo control.

**TABLA 33.** Factores Clínicos de la muestra con trastorno alimentario y del grupo control.

	GRUPOS			F (2, 51)	Prueba Post-hoc
	G1. BN-P (n= 18)	G2. TPA (n= 15)	G3. CONTROL (n= 18)		Bonferroni
<b>CUESTIONARIO DE BULIMIA (BULIT)</b>					
<b>Conductas compensatorias</b>	$\bar{X} = 13.06$ $EE = 1.28$	$\bar{X} = 6.64$ $EE = 0.82$	$\bar{X} = 5.11$ $EE = 0.66$	17.82 **	G1 vs. G2 G1 vs. G3
<b>INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)</b>					
<b>Ineficacia</b>	$\bar{X} = 4.94$ $EE = 1.18$	$\bar{X} = 4.86$ $EE = 1.26$	$\bar{X} = 1.44$ $EE = 0.49$	3.47 *	G1, G2 vs. G3
<b>Identificación interoceptiva</b>	$\bar{X} = 3.41$ $EE = 0.82$	$\bar{X} = 2.86$ $EE = 0.69$	$\bar{X} = 0.72$ $EE = 0.28$	6.20 *	G1, G2 vs. G3
<b>INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)</b>					
<b>Total de Depresión</b>	$\bar{X} = 26.59$ $EE = 3.06$ Moderada	$\bar{X} = 20.64$ $EE = 3.07$ Moderada	$\bar{X} = 6.44$ $EE = 1.51$ Leve	17.15 **	G1, G2 vs. G3
<b>INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK (IAB)</b>					
<b>Total de Ansiedad</b>	$\bar{X} = 27.12$ $EE = 3.13$ Moderada	$\bar{X} = 25.36$ $EE = 3.73$ Moderada	$\bar{X} = 10.11$ $EE = 1.56$ Leve	10.58 **	G1, G2 vs. G3
<b>Ansiedad subjetiva</b>	$\bar{X} = 13.29$ $EE = 1.49$	$\bar{X} = 11.71$ $EE = 1.50$	$\bar{X} = 4.61$ $EE = 0.98$	12.05 **	G1, G2 vs. G3
<b>Neurofisiológico</b>	$\bar{X} = 8.41$ $EE = 1.25$	$\bar{X} = 7$ $EE = 1.48$	$\bar{X} = 3.11$ $EE = 0.57$	5.75 *	G1, G2 vs. G3
<b>Autonómico</b>	$\bar{X} = 2.59$ $EE = 0.49$	$\bar{X} = 3.43$ $EE = 0.72$	$\bar{X} = 0.78$ $EE = 0.34$	6.61 *	G1, G2 vs. G3
<b>Pánico</b>	$\bar{X} = 2.82$ $EE = 0.42$	$\bar{X} = 3.21$ $EE = 0.58$	$\bar{X} = 1.61$ $EE = 0.35$	3.07	

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $EE$  = Error Estándar de la Media. Covarianza: Edad. \* $p \leq 0.001$ , \*\* $p \leq 0.0001$ .

Cabe destacar que las puntuaciones en los totales del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck, muestran que los grupos con BN y TPA

presentaron un nivel moderado en la sintomatología de depresión y ansiedad y el grupo control un nivel leve.

En la Tabla 34, se observó que el grupo con BN-P presentó mayor porcentaje de conductas compensatorias que el grupo con TPA, particularmente una mayor frecuencia de vómito (72.2%, n = 13), consumo de laxantes y diuréticos (55.6%, n = 10), ejercicio (66.7%, n = 12) y consumo de pastillas para adelgazar (55.6%, n = 10), pero se detectó que el grupo de mujeres con TPA reportaron también el empleo de dichas conductas (33.3% [n = 6] de vómito, 44.4% [n = 8] consumo de laxantes y diuréticos, y 44.4% [n = 8] ejercicio). Por lo tanto, las conductas compensatorias también se encuentran presentes en el grupo con TPA sólo que con una menor frecuencia a la reportada en el grupo con BN-P.

**TABLA 34.** Frecuencia y porcentaje de las conductas compensatorias empleadas en los grupos de mujeres con TPA, BN-P y control.

CONDUCTAS COMPENSATORIAS	GRUPOS					
	TRASTORNO POR ATRACÓN (TPA)		BULIMIA NERVIOSA PUERGATIVA (BN-P)		Control	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Vómito	33.3% (6)	66.7 (12)	72.2% (13)	27.8% (5)	-----	100% (18)
Laxantes o diuréticos	44.4% (8)	55.6% (10)	55.6% (10)	44.4% (8)	5.9% (1)	94.1% (17)
Ayuno	22.2% (4)	77.8 (14)	50% (9)	50% (9)	5.9% (1)	94.1% (17)
Ejercicio	44.4% (8)	55.6% (10)	66.7% (12)	31.3% (6)	-----	100% (18)
Pastillas	11.1% (2)	88.9% (16)	44.4% (8)	55.6% (10)	-----	100% (18)

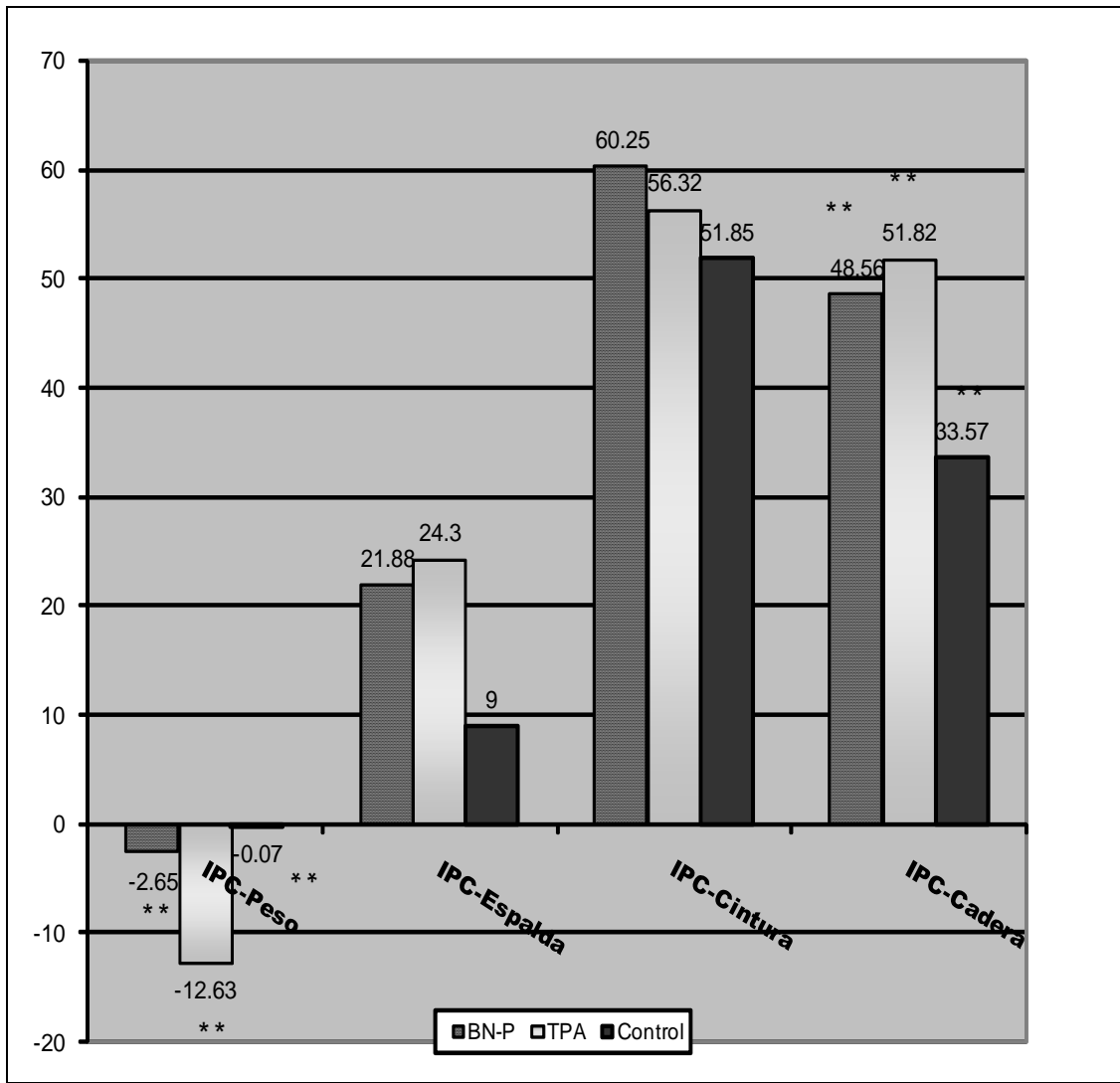
\* $p \leq 0.05$ , \*\* $p \leq 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ , \*\*\*\* $p \leq 0.0001$ .

## Imagen corporal

En cuanto a la imagen corporal, el estadístico señaló diferencias significativas entre el grupo con BN-P y TPA con respecto al grupo control en el total del BSQ ( $F_{(2, 51)} = 12.66, p \leq 0.0001$ ) y en el Índice de Percepción Corporal de la zona de la CADERA ( $F_{(2, 51)} = 3.37, p < 0.05$ ). Los grupos con BN y TPA presentaron más insatisfacción corporal (BN:  $\bar{X} = 144.65, EE = 10.06$ ; TPA  $\bar{X} = 142.43, EE = 6.90$ ; Control:  $\bar{X} = 85.78, EE = 9.23$ ) y una mayor sobreestimación de la percepción de la cadera (BN:  $\bar{X} = 148.35, EE = 7.60$ ; TPA:  $\bar{X} = 151.82, EE = 5.77$ ; Control:  $\bar{X} = 133.57, EE = 4.27$ )

Asimismo, se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con BN *versus* los grupos con TPA y control en el Índice de Percepción Corporal del PESO ( $F_{(2, 51)} = 7.60; p < 0.05$ ), así como entre el grupo con TPA contra el grupo control, siendo el grupo con BN-P quien presentó las mayores puntuaciones.

Cabe destacar que todos los grupos tendieron a subestimar su peso corporal, en particular el grupo con TPA. En cuanto a la percepción de la espalda, cintura y cadera se observó que todos los grupos sobrestimaron dichas zonas del cuerpo. Sin embargo el grupo con BN-P sobrestimó más su cintura que los otros grupos, en tanto que el grupo con TPA tendió a sobrestimar más su espalda y cadera que los grupos con BN-P y Control (véase Figura 15).

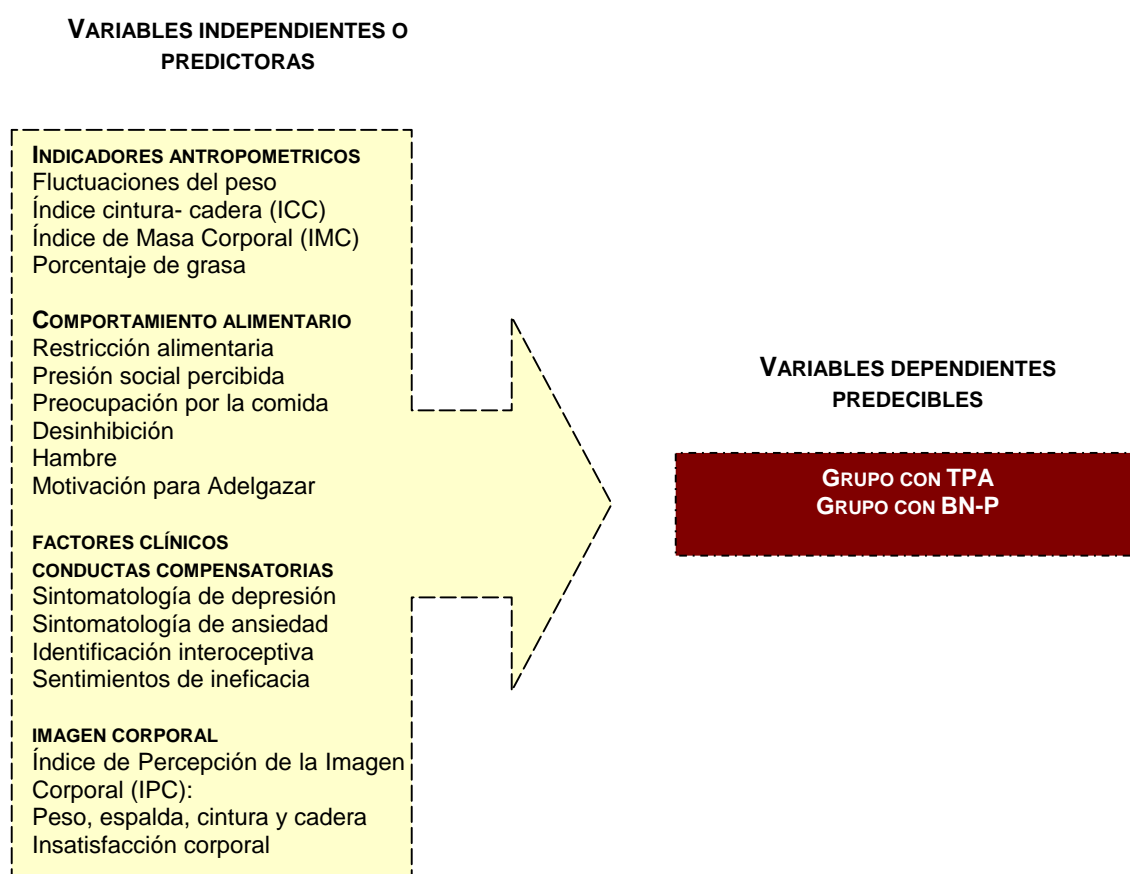


**FIGURA 15.** Índice de Percepción Corporal del peso, espalda, cintura y cadera de los grupos de BN-P, TPA y Control. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.0001$



## FACTORES QUE DISCRIMINAN A LOS GRUPOS CON BN-P, TPA Y CONTROL

Con el objetivo de evaluar si las variables incluidas en el Comportamiento alimentario, los Indicadores antropométricos, los factores clínicos y la Imagen corporal pueden predecir diferencialmente —de forma individual o interacción— la presencia de BN y TPA, se ejecuto un análisis discriminante. El esquema para el análisis discriminante se presenta en la Figura 15.



**Figura 15.** Esquema del análisis discriminante

El análisis discriminante señaló que de todas las variables incluidas en el análisis sólo resultaron relevantes para la discriminación de los grupos con BN, TPA y control: los sentimientos negativos posteriores al atracón, el IMC, la edad y las conductas compensatorias, de estas variables la que contribuye más a la diferenciación de los grupos fueron los sentimientos negativos posteriores al atracón (véase Tabla 37).

**TABLA 37.** Resultados del análisis discriminante de los grupos con BN, TPA y control en cuanto a los indicadores antropométricos, conducta alimentaria, factores clínicos e imagen corporal.

Variables	Lambda de Wilks	Correlación canónica	Coeficiente estandarizado		$\chi^2$
			1er función	2ª función	
IMC	0.45*	0.82	-0.02	0.61	81.35*
Edad			0.29	0.63	
Sentimientos negativos posteriores al atracón			0.86	0.25	
Conductas compensatorias			0.27	-0.66	

\* $p \leq 0.0001$ .

Los sentimientos negativos posteriores al atracón, el IMC, la edad y las conductas compensatorias, clasifican correctamente al 87.5% de la muestra total, asimismo se encontró que clasifican correctamente al 93.3% del grupo con BN-P, 80% del grupo con TPA y 88.9% del grupo control (véase Tabla 38).

**TABLA 38.** Número y porcentaje de casos correctamente clasificados.

Grupos	Correctamente Clasificados		
	BN-P	TPA	Control
<b>BN-P</b>	93.3% (n = 14)	6.7% (n = 1)	0% (n = 0)
<b>TPA</b>	6.7% (n = 1)	80% (n = 12)	13.3% (n = 2)
<b>Control</b>	5.6% (n = 1)	5.6% (n = 1)	88.9% (n = 16)
<b>Total = 87.5%</b>			

## HOMBRES CON TPA

Con respecto a los tres casos de hombres que se diagnosticaron con TPA, se encontró que todos presentaban obesidad y tendían a distribuir la grasa en la parte superior del cuerpo (hiperandroide). Asimismo, de los tres hombres, dos refirieron haber ganado de 6-8 kg en un mes y uno señaló haber ganado de 3 a 5 kg. Así la oscilación de peso corporal parece ser también una constante en éstos.

En lo tocante a la restricción alimentaria, se identificó sólo un caso (33.3%) que reportaba contar las calorías, evitar alimentos con muchos carbohidratos, comer alimentos dietéticos y ocupar gran parte de su tiempo pensando y ocupándose de la comida. Mientras que los otros dos casos negaron restringir sus alimentos y preocuparse por la comida. Además se identificó que uno de los hombres con TPA refiere consumir alimentos cuando estaba triste, ansioso y solo.

Por otra parte, ninguno de los hombres con TPA señaló emplear conductas compensatorias de tipo purgativo para controlar su peso, y sólo se identificó un caso que refirió hacer ejercicio como método para quemar calorías.

Respecto a los factores clínicos, se encontró que dos de los hombres con TPA mencionaron tener miedo de ganar peso, exagerar a menudo la importancia del peso corporal, tener deseo de estar más delgado y no darse cuenta de si tiene hambre o no, uno señaló no identificar sus sensaciones y sentimientos con claridad. Y dos señalaron tener sentimientos de ineficacia, así como no sentirse seguros de sí mismos y tener una mala opinión sobre sí mismos. También se observó que uno de los hombres con TPA presentó un nivel severo de sintomatología de ansiedad y depresión.

En relación a la imagen corporal, se halló dos casos que rebasaron el puntó de corte del BSQ, lo cual indica insatisfacción corporal. También se encontró que uno de los hombres con TPA subestimó su peso corporal y su espalda y dos de

los hombres sobrestimaron su peso y ésta área del cuerpo. Cabe señalar que todos los hombres con TPA sobrestimaron su cintura y cadera.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar el comportamiento alimentario, los factores clínicos, la imagen corporal y los indicadores antropométricos de los grupos con TPA, BN-P y sin Trastorno alimentario (grupo control), así como evaluar si dichas variables podían predecir diferencialmente —de forma individual o interactiva— la presencia de la BN y el TPA.

### ***Edad y ocurrencia***

Las mujeres con TPA reportaron una mayor edad ( $\bar{x} = 25.64$ ,  $EE = 2.13$ ) que las mujeres con BN-P ( $\bar{x} = 19.19$ ,  $EE = 0.95$ ). La literatura internacional indica que una característica fundamental del TPA es su aparición en la edad adulta, de tal modo que en promedio suele presentarse a los 32 años (Marcus citado en Goldstein & Stunkard, 1999). Empero la muestra de mujeres con TPA de este estudio fue de menor edad que las muestras empleadas en estudios internacionales (Grucza et al., 2007). Lo que probablemente indique que quizás el problema (TPA) estuviera comenzando en nuestra población, es decir, el tiempo de evolución del trastorno en las mujeres con TPA de este estudio puede ser menor al que se reporta en la literatura internacional. Mientras que, la BN aparece en la adolescencia, la edad promedio en que se presenta dicha patología es aproximadamente de los 18 a 19 años (Kinzi et al., 1999; Schneider, 2003), coincidiendo así con lo reportado en este estudio.

Aunque existen evidencias que señalan que el TPA también se presenta entre adolescentes y jóvenes adultos sólo que con una menor frecuencia ([18 ó 25 años], Favaro, Ferrara & Santonastaso, 2003; Unikel et al., 2002).

En cuanto a la ocurrencia del TPA que se encontró en este estudio fue 1.09%; comparado con estudios internacionales la prevalencia en muestra comunitaria oscila del 2% al 10% (Spitzer et al., 1992, 1993b), en muestra clínica se ha identificado un prevalencia del 30% al 50%. Lo cual difiere de lo encontrado en este estudio, aunque debe recordarse que estos hallazgos sólo dan cuenta de la ocurrencia, por lo que este dato debe de tomarse con reserva y plantea la necesidad de estudios epidemiológicos en nuestro país.

Los resultados de la baja frecuencia del TPA detectada en la presente investigación, puede atribuirse a que la mayoría de la muestra utilizada en este estudio provenía de centros educativos, de acuerdo Basdevant et al. (1997), en muestras escolarizadas el TPA es relativamente raro. Mientras que Rosenvinge et al. (1999), Favaro et al. (2003), Ghaderi & Scott (2001) han identificado una menor prevalencia del TPA (0.6% a 1.21%) en jóvenes adultas y adolescentes. La mayoría de participantes tenía una edad menor —jóvenes adultas— a la reportada en la mayoría de los estudios.

Respecto a la ocurrencia de BN-P que se halló fue 1.09%. En estudios internacionales se ha detectado un prevalencia de 1.1 al 5% (Favaro et al., 2003; Ghaderi & Scott, 2001; Hoek & van Hoeken, 2003; King & Bhugra, 1989; Nicholls & Viner, 2005; Rosenvinge et al., 1999; Stein et al, 1997; Woodside et al., 2001). En población de mujeres mexicanas con muestras comunitarias se ha informado una ocurrencia de BN que oscila del 1.1% al 1.7% (Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004; Vázquez et al., 2005).

Con respecto a la distribución por género del TPA, se identificaron 3 casos TPA en la muestra de hombres y 15 en la muestra de mujeres, lo cual difiere de los estudios internacionales que han señalado que en muestra clínica se presentan 2 casos de hombres por 3 mujeres (Womble et al., 2001; Williamson,

1990 citado en Lyons, 1998), y en muestras comunitarias las tasas son parecidas (Smith et al., 1994; de Zwaan, 2001).

Un posible explicación a estos datos, es que la muestra de este estudio es de menor edad y proviene en su mayoría de centros educativos (secundaria, preparatoria y licenciatura), en tanto que los estudios internacionales emplean muestras de mayor edad que provienen de centros de reducción de peso. En este sentido, este estudio utilizó muestra comunitaria, que presentan menor patología, lo cual posibilita implementar medidas de prevención adecuadas.

### ***Indicadores antropométricos***

Los hallazgos del presente trabajo señalan que los grupos con TPA y BN-P se diferenciaron en el Índice de Masa Corporal (IMC) y peso corporal, las mujeres y hombres con TPA presentaron un IMC que los clasifica con obesidad ( $IMC = \bar{X} = 31.57 \text{ kg/m}^2$ ,  $EE = 1.49$ ), en tanto que en las mujeres con BN-P se encontró un IMC que las ubica como normopeso ( $IMC = \bar{X} = 24.19 \text{ kg/m}^2$ ,  $EE = 0.89$ ). Corroborando de este modo lo detectado en otros estudios (Fitzgibbon & Blackman, 2000; Kolotkin et al., 2004; Ramacciotti et al., 2005; Striegel-Moore et al., 2001).

Cabe destacar que los participantes con TPA de esta investigación presentaron un IMC promedio de  $31.57 \text{ kg/m}^2$ , lo que indica una obesidad leve, no obstante éste no fue tan alto como el reportado en estudios internacionales, donde se observan un IMC igual o mayor a  $44.7 \text{ kg/m}^2$  (Puglisi et al., 2007), lo que señala una obesidad severa. Un dato a considerar, es que si bien la obesidad ha aumentado considerablemente en nuestro país de acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006, es importante señalar que los niveles de obesidad son más alarmantes en otros países, como por ejemplo USA. También es necesario

considerar que los estándares para considerar a una persona obesa han disminuido notablemente en los últimos años. Otra posible explicación es que la mayoría de las mujeres con TPA de este estudio provenían de una muestra comunitaria y de acuerdo a Basdevant et al. (1997) en muestras clínicas se ha encontrado un IMC de  $35\text{kg/m}^2$  y en muestras comunitarias un IMC  $27.5\text{ kg/m}^2$ .

De acuerdo al análisis discriminante, el IMC parece importante en la discriminación de los grupos con TPA y BN, por ello la presente investigación se suma a la propuesta de Latner y Clyne (2008), Vandereyckend (2001) y Sloan, Mizes, y Epstein (2004) de considerar al IMC como un criterio de diagnóstico de TPA.

Por otro lado, los resultados señalaron que las mujeres con BN-P y TPA presentaron niveles parecidos de fluctuaciones. De acuerdo con lo anterior, ésta variable debe de seguirse investigando ya que no queda claro su papel en la diferenciación de dichos grupos con TCA. Una posible explicación puede ser que las oscilaciones del peso fueron medidas con dos preguntas del BULIT, es imprescindible que estudios futuros empleen otros diseños para evaluar dicha variable, como por ejemplo: estudios retrospectivos que indaguen sobre la historia del peso corporal.

Lo que si parece claro de acuerdo al dato anterior, es que el atracón en los grupos con TCA tiene importante consecuencia a nivel de metabolismo, ya que provoca que el peso corporal sufra constantes variaciones.



## ***Comportamiento alimentario***

Los datos sugieren que no existen diferencias significativas entre las mujeres con TPA y BN-P en cuanto la preocupación por la comida y la restricción alimentaria, pero se observa una ligera tendencia de las mujeres con BN a exhibir más dichas conductas. De acuerdo con los hallazgos citados en la literatura, la restricción alimentaria es mayor en las pacientes diagnosticadas con BN-P (Ardovini, Caputo, Todisco & Grave, 1999; Crow, Agras, Halmi, Mitchell & Kraemer, 2002; Fairburn et al., 2000; Masheb & Grilo, 2000b; Marcus et al., 1992; Molinari et al., 1997; Vervaet et al., 2004; Wilfley et al., 2000). Otros estudios no han encontrado diferencias entre mujeres normopeso con BN y obesas con Atracón en la escala de preocupación por la comida y alimentación del EDE-Q (Marcus et al., 1992). En cuanto a los hombres con TPA se reportaron algunos casos con restricción alimentaria.

La preocupación por la comida —sólo que medida mediante el EDE-Q y del EAT-26— también ha sido identificada en pacientes con TPA en otros estudios (Grange et al., 2001; Hsu et al., 2002; Nauta et al., 2000; Siervo et al., 2005; Telch & Stice, 1998; Wilfley et al., 2000). Lo anterior puede ser resultado de someterse a constantes dietas restrictivas o al frecuente abandono y comienzo de dietas —dietas yo-yo—, lo que sin duda ocasiona un alta preocupación por la comida y probablemente puede desencadenar el atracón alimentario.

La desinhibición —que evalúa la ruptura del límite auto-permitido de calorías— y susceptibilidad al hambre se presentaron en niveles mayores en las mujeres con TPA en contraste con las mujeres con BN-P, estos datos concuerda con lo reportado por Molinari et al. (1997) y Ardovini et al. (1999), los cuales señala que el grupo con TPA muestran puntuaciones significativamente mayores en estos factores del TFEQ. Y contrastan con el estudio de Crow et al. (2002),

quienes reportan que las mujeres con BN en contraste con las de TPA, presentan una mayor desinhibición.

El hecho que las mujeres con TPA presentan una mayor desinhibición, puede ser un indicador de que ellas posiblemente son más impulsivas, lo que hace que tengan poca resistencia a los deseos de ingerir alimentos descontroladamente.

De acuerdo con lo anterior, el atracón se puede dar tanto por mecanismos biológicos —susceptibilidad al hambre que es un elemento fisiológico— y por mecanismos psicológicos como la angustia por el alimento y la impulsividad —desinhibición y preocupación por la comida—.

Con respecto a los episodios de atracón y los sentimientos posteriores a éstos, se encontraron niveles parecidos en la conducta de atracón en las muestras de mujeres diagnosticadas con TPA y BN-P. Similares resultados han sido identificados por Fairburn et al. (2000), Wilfley et al. (2000), Wilson, Nonas y Rosenblum (1993). Sin embargo, en los sentimientos negativos posteriores al atracón se encontró que las mujeres con BN muestran mayores puntuaciones, este dato fue confirmado por el análisis discriminante. Así, la diferencia entre estos grupos son los sentimientos que se generan después del atracón, las mujeres con BN experimentan al parecer mayor angustia después del atracón que las mujeres con TPA, en quienes el atracón no les causa tanta culpa quizás por el nivel de sobrepeso u obesidad que presentan.

En lo concerniente a la conducta emocional relacionada con la ingestión de alimentos, ambas muestras señalaron consumir más alimentos cuando se sentían ansiosas (TPA = 77.8% [ $n = 14$ ] y BN-P = 66.7% [ $n = 12$ ]); en el caso de las mujeres con TPA el consumo de alimentos fue mayor cuando se encontraban solas (50% [ $n = 9$ ]) y en el grupo con BN-P cuando se sentían tristes (66.7% [ $n =$

12]). Al parecer los estados emocionales se relacionan de manera importante con la conducta alimentaria de mujeres con TPA y BN-P. Davis, Patte, Levitan, Reid, Tweed y Curtis (en prensa) señalan que los estímulos externos (oler o ver la comida) y la alimentación emocional son importantes predictores del atracón alimentario.

También se detectó que las BN-P mostraron más motivación para adelgazar que las mujeres con TPA, este dato ha sido reportado en las investigaciones de Molinari et al. (1997), Ramacciotti et al. (2005), Tasca et al. (2003), Tobin y Griffing (1997). Por consiguiente el deseo desmesurado por perder peso y gran temor a ganarlo es más grave en las mujeres con BN, pero también parece una constante en las mujeres con TPA e incluso también se observó en dos de los casos de hombres con este trastorno.

### ***Factores clínicos***

Las características cognitivas que comparten los grupos de mujeres con TPA y BN son los sentimientos de ineficacia y la incapacidad para distinguir entre los estados internos de hambre y saciedad— identificación interoceptiva—. Otras investigaciones, como la de Molinari et al. (1997), Tobin y Griffing (1997), difieren parcialmente de lo encontrado en este estudio, ya que los grupos con BN muestran puntuaciones más altas en dichas subescalas del Inventario de Trastorno Alimentario (EDI).

Por otro lado, se encontró que las conductas compensatorias permiten diferenciar a las mujeres diagnosticadas con BN-P de las mujeres con TPA. Las mujeres con BN-P presentaron más este tipo de conductas —medidas mediante el BULIT—, básicamente las conductas que se evalúan a través de este instrumento son de tipo purgativo. Este dato es confirmado en el análisis discriminante; ya que las conductas compensatorias fueron relevantes en la

diferenciación de estos trastornos. Sin embargo, una proporción pequeña de la muestra con TPA presentó conductas compensatorias —principalmente el consumo de laxantes o diuréticos y el ejercicio—.

Es importante señalar que en la restricción alimentaria —que incluye la omisión de alimentos, reducir sus porciones de comida e ingerir menos alimentos para compensar el atracón, que representa también una conducta compensatoria— no distingue a estos grupos de mujeres. Dado lo anterior, los criterios diagnósticos del TPA debería precisarse en futuras ediciones del DSM la frecuencia con la que deben presentarse las conductas purgativas y no purgativas. Aunque cabe precisar que las conductas compensatorias no se presentaron en los pocos casos de varones diagnosticados con TPA.

También se observó que los sentimientos negativos —particularmente la ansiedad y depresión— se encuentran presentes en las mujeres con TPA y BN-P. Las mujeres con TPA y BN-P exhibieron niveles moderados de ansiedad y depresión. Con relación a la ansiedad se observó que ésta fue principalmente de tipo subjetiva, ansiedad autonómica y ansiedad neurofisiológica. Lo anterior contrasta con otros estudios que han identificado que las pacientes con BN, tanto purgativas como no purgativas, exhiben mayores niveles de ansiedad que las mujeres con TPA (Raymond et al., 1995; Tobin & Griffing, 1997). Y corroboran lo señalado por Borges et al. (2002) quienes encontraron niveles de depresión semejantes entre dicho grupos de mujeres medidos con el IDB.

Asimismo, se observó que la depresión es una característica fundamental en los pacientes con TPA y BN-P. Las mujeres con TPA obtuvieron una puntuación promedio 20.64 ( $\bar{X} = 20.64$ ,  $EE = 3.07$ ) en el Inventario de Depresión Beck, mientras que en el estudio de Berrocal y Ruíz (2002) encontraron una puntuación en estas pacientes con el mismo instrumento de 15.8 ( $DE = 7.9$ ) y en el estudio de Kolotkin et al. (2004) y Fassino, Leombruni, Pierò, Abbate-Daga y

Rovera (2003) encontraron una puntuación de 14.7 y 13.60, respectivamente. Lo cual indica que la muestra con TPA de este estudio presentan más sintomatología de depresión que la reportada en estudios internacionales.

El afecto negativo posee dos dimensiones: externa (depresión y ansiedad) e interna (impulsividad, resaltando la urgencia) (Smith et al., 2005). En este trabajo sólo se explica el componente externo del afecto negativo, sin embargo, el componente interno ha sido poco abordado por la literatura, por lo que se requieren de más trabajo en dicha área.

### ***Imagen Corporal***

Con respecto a la imagen corporal se detectó que las mujeres con TPA y BN-P presentan niveles parecidos de insatisfacción corporal —medidos mediante el BSQ (BN-P:  $\bar{X} = 144.65$  y TPA:  $\bar{X} = 142.43$ )—, lo cual señala que la insatisfacción corporal también se encuentra presente en las mujeres con TPA, con una intensidad similar a las pacientes con BN-P. De este modo se rechaza la hipótesis de que insatisfacción corporal discriminaría a las mujeres con TPA y BN. Lo anterior contradice los hallazgos de Hilbert y Tuschen-Caffier (2005), Fassino et al. (2004), Fitzgibbon et al. (2003), Raymond et al. (1995), quienes encontraron que al comparar a las pacientes con BN y TPA, las primeras exhiben mayores niveles de insatisfacción corporal. Por lo tanto, la presente investigación se une a la propuesta de Eldredge y Agras (1996), Latner y Clyne (2008), Mond, Hay, Rodgers y Owen (2006), Masheb y Grilo (2000b), Wifley et al. (2000), Wilson et al. (1993), sobre la inclusión de la insatisfacción corporal como un criterio diagnóstico del TPA.

Aunque una diferencia importante en la insatisfacción corporal que manifiestan las mujeres con TPA y con TCA específicos (BN y AN), es que en las

primeras la insatisfacción corporal es real, ya que efectivamente en la mayoría presentan sobrepeso u obesidad, mientras que en las segundas la insatisfacción corporal se basa en un molestia imaginaria, dado que en la mayoría de estas personas no existe un problema de peso corporal.

En cuanto a la percepción corporal —peso, espalda, cintura y cadera— se encontró que las mujeres diagnosticadas con BN-P y TPA tienden a subestimar su peso y sobrestimar su espalda, cintura y cadera, siendo en ambos grupos de mujeres la zona de la cintura la parte que más ansiedad les genera; ya que en está zona del cuerpo se observa una mayor sobrestimación.

En las mujeres con TPA la insatisfacción y preocupación de la cintura puede explicarse quizás porque ellas tienden acumular la grasa en la parte superior del cuerpo, teniendo así un cuerpo que no es el ideal para la población Latina, donde se esperaría un cuerpo delgado con un a cintura pequeña y caderas pronunciadas, por lo cual estas mujeres con TPA se encuentran lejos de estos estándares de belleza Latina.

Con respecto a los varones con TPA se identificaron dos casos que rebasaron el puntó de corte del BSQ, lo cual indica insatisfacción corporal. También se encontró que uno de los hombres con TPA subestimo su peso corporal y todos los hombres con TPA sobrestimaron su cintura y cadera.

## CONCLUSIÓN GENERAL

Considerando los resultados de los dos estudios se concluye que el grupo con atracón se caracterizaron por:

- a) Un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, que de acuerdo a la OMS y los estándares para población mexicana propuestos por Vargas y Casillas (1993), es considerado como sobrepeso y obesidad importante.
- b) Historia ciclos de pérdida de peso seguidas por su ganancia —fluctuación del peso—, que señalan problemas en el metabolismo.
- c) Una conducta alimentaria que se caracteriza por más restricción alimentaria y susceptibilidad al hambre. De este modo los factores fisiológicos desempeñan un papel trascendente en el desencadenamiento de esta conducta.
- d) Un nivel importante de motivación para adelgazar que se relaciona con el sobrepeso que presentan las participantes.
- e) Niveles moderados de sintomatología de ansiedad y depresión. Sin embargo sólo la sintomatología de depresión fue una variable relevante en la predicción del atracón alimentario.
- f) Presencia de conductas compensatorias.
- g) Altos niveles de insatisfacción corporal.

Con respecto a las mujeres con TPA se encontró que se caracterizaron por:

- a) Ser adultas jóvenes, confirmándose así la presencia de este trastorno en la edad adulta.
- b) Un  $IMC \geq 30$  —que indica obesidad— y la presencia de fluctuaciones del peso. Por lo tanto, se sugiere que este indicador antropométrico IMC tendría que ser considerado en futuras ediciones del *DSM* para el diagnóstico del TPA.

- c) Desinhibición y una alta susceptibilidad al hambre.
- d) Presencia de conductas compensatorias en una pequeña proporción de las mujeres con TPA. Por lo tanto, se hace necesario que futuros trabajos aclaren la frecuencia con la que presentan estas conductas en dichos pacientes.
- e) Una exagerada preocupación por la dieta y el peso, así como el gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo —motivación para adelgazar—, este factor ha sido poco tratado en la literatura.
- f) Niveles moderado de sintomatología de ansiedad y depresión, que fueron superiores al grupo que sólo presentaba atracón, por consiguiente el componente emocional parece jugar un papel trascendental en la precipitación del atracón alimentario.
- g) Una alta insatisfacción corporal, por lo que se sugiere que esta variable debería de ser considerado como un criterio diagnóstico más de de dicho trastorno.

De acuerdo con lo anterior, los altos niveles de atracones alimentarios, insatisfacción corporal, motivación para adelgazar y los niveles moderados de sintomatología de ansiedad y depresión que exhibieron las muestras con atracón y los grupos de mujeres con TPA, son elementos importantes ha considerar para que este trastorno sea propuesto en futuras ediciones del DSM como un TCA específico.

En cuanto a los aspectos en que coinciden las muestras con BN-NP y TPA se identifico lo siguiente:

- 1) Niveles parecidos en la conducta de atracón y en la insatisfacción corporal, aunque cabe hacer la precisión que en el grupo con TPA la insatisfacción corporal es real, ya que efectivamente existe un problema de sobrepeso. Lo anterior es un aspecto importante que permite diferenciar a las mujeres con TPA de las mujeres con TCA específicos (AN y BN).



- 2) Presencia de sentimientos de ineficacia e incapacidad para distinguir entre los estados internos de hambre y saciedad— identificación interoceptiva—.
- 3) Puntuaciones similares en la sintomatología de depresión y ansiedad, que señalan niveles moderados en estas sintomatologías en muestras con TPA y BN.

Asimismo, los datos de este estudio soportan que el TPA es diferente de la BN-P — *IMC, Edad, Conductas Compensatorias y Sentimientos negativos posteriores al atracón*—, de ahí que el TPA no debe de ser considerado como un subtipo de BN.

Por otro lado, los resultados de este estudio señalan que la percepción de la figura corporal no es una variable relevante en la caracterización de las muestras con atracón, ni tampoco en discriminar a los grupos de mujeres con TPA y BN.

Los hallazgos encontrados en la presente investigación corroboran la importancia de seguir realizando estudios sobre TPA en población mexicana, sobretodo considerando que el estudio de los TCAs es relativamente nuevo en nuestro país y más aún la investigación con TANES.

Asimismo se propone que para futuras investigaciones se consideren: 1) ampliar la muestra de hombres con TPA y con síntomas de atracón, ya que este tipo de trastorno es muy común en población varonil; 2) aumentar la población clínica con TCA, con el fin de que se incluya de ser posible un grupo con Bulimia Nerviosa de tipo no purgativa, 3) trabajar con grupos que participen en programas de reducción de peso, porque es en estos grupos, donde posiblemente se detecten más casos con TPA, 4) incluir dos grupos controles, uno con obesidad y otro normo-peso sin TCA, 5) determinar la hora en que

ocurre el atracón, ya que actualmente la literatura marca la aparición de el síndrome de alimentación nocturna y 6) ampliar el rango de edad.

Finalmente se propone que futuras líneas de investigación indaguen:

- 1) La prevalencia del TPA en población mexicana y los factores que predicen el atracón en población varonil con TPA.
- 2) Establecer la relación entre TPA y diabetes mellitus en nuestro país.
- 3) El estudio del atracón en muestras con obesidad mórbida que son candidatas cirugía gástrica.
- 4) Determinar criterios que deben de considerar en el estudio del atracón en población infantil.
- 5) Establecer un modelo de atracón alimentario y de TPA en población mexicana.

## REFERENCIAS

- Abbott, D.W., de Zwaan, M., Mussell, M.P., Raymond, N., Seim, H., Crow, S., Crosby, R., & Mitchell, J.E. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 3-4, 367-374.
- Ackard, D.M. (2004). Anorexia, Bulimia, Disordered Eating, and obesity. In: Legato, M.J. (Ed.), *Principles of Gender-Specific Medicine* (Vol. 2, p. 715-728). San Diego, California, USA: Elsevier Academic Press.
- Adami, G.F., Campostano, A., Marinari, G.M., Ravera, G., & Scopinaro, N. (2002). Night eating in obesity: a descriptive study. *Nutrition*, 18, 7-8, 587-589.
- Afridi, A.K., Safdar, M., Khattak, M.M.A.K., & Khan, A. (2003). Health Risks of Overweight and Obesity - An Over View. *Pakistan Journal of Nutrition*, 2, 6, 350-360.
- Alger, S.A., Malone, M., Cerulli, J., Fein, S., & Howard, L. (1999). Beneficial effects of pharmacotherapy on weight loss, depressive symptoms, and eating patterns in obese binge eaters and non-binge eaters. *Obesity Research*, 7, 5, 469-76.
- Allison, S. (2005). Biographic and Psychobehavioral Influences on Body Mass Index in a Nursing Sample. *Western Journal of Nursing Research*, 27, 1, 7-20.
- Alvarez (2006). Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología-UNAM, México.
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea*, 7, 74-85.
- Alvarez, L.G., Mancilla, J.M., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A., & Mercado, D. (2004). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders/Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 4, 243-248.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-III.)*. Barcelona : Masson.
- American Psychiatric Association. (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R.)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4<sup>th</sup> ed.)*. Barcelona : Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4<sup>th</sup> ed., Text Revision)*. Washington: APA.
- Anderson, D. A., Williamson, D. A., Johnson, W. G., & Grieve, C. O. (2001). Validity of test meals for determining binge eating. *Eating Behaviors*, 2, 105-112.
- Antony, M.M., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E., & Abel, J.L. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 386-392.

- Antoniou, M., Tasca, G.A., Wood, J., & Bissada, H. (2003). Binge eating disorder versus overeating: a failure to replicate and common factors in severely obese treatment seeking women. *Eating & Weight Disorders*, 8, 2, 145-149.
- Ardevini, C., Caputo, G., Todisco, P. & Grave, R.D. (1999). Binge Eating and Restraint Model: Psychometric Analysis in Binge Eating Disorder and Normal Weight Bulimia. *European Eating Disorders Review*, 7, 293-299.
- Baile, J.I., Raich, R.M., & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19, 2, 187-192.
- Bardote-Cone, A.M., Abramson, L.Y., Vohs, K.D., Heatherton, T.F., & Joiner, T.E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behavior Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Barry, D.T., Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1, 63-70.
- Bartholome, L.T., Raymond, N.C., Lee, S.S., Peterson, C.B. & Warren, C.S. (2006). Detailed Analysis of Binges in Obese Women With Binge Eating Disorder: Comparisons Using Multiple Methods of Data Collection. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 685-693.
- Basdevant, A., Le Barzic, M., Lahlou, N., Pouillon, M., Brillant, M., & Guy-Grand, B. (1997). Correlates of Binge Eating Disorder in French Women. *European Eating Disorders Review*, 5, 115-120.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. En: Leitenberg, H. (Ed.). *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. New York: Prentice-Hall.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Handbook of Beck depression inventory*. U.S.A.: The Psychological Corporation.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Navara, K., & Gilman, S.E. (2003). Binge Eating and Binge Eating Disorder in a Small-Scale, Indigenous Society: The View From Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 423-431.
- Berrocal, C., & Ruíz, M.A. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 3, 407-424.
- Borges, M.B., Morgan, C. M., Claudino, A.M., & Silveira, D. X. (2005). Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 4, 319-322.
- Borges, M. B., Jorge, M. R., Morgan, C. M., Silveira, D. X., & Custódio, O. (2002). Binge-Eating Disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Reserch*, 10, 1127-1134.
- Bourgues, R.H. (1987). Guías para la orientación alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*, 10, 17-32.

- Bruce, B., & Agras, S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, *12*, 365-373.
- Brody, M.L., Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 2, 381-386.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F.A., & Joyce, P.R. (1997). Initial manifestations of disordered eating behaviour. Dieting versus bingeing. *International Journal of Eating Disorders*, *22*, 195–201.
- Bulik, C., Sullivan, P., & Kendler, K. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, *32*, 72-78.
- Byrne, S.M., & McLean, N.J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 17-31.
- 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 Disorders*, *25*, 45-54.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E.M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, *60*, 157-164.
- Cargill, B., Clark, M., Pera, V., Niaura, R., & Abrahms, D.B. (1999). Binge eating, body image, depression and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity Research*, *7*, 4, 379-386.
- Castonguay, L.G., Eldredge, K.L. & Agras, W.S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, *15*, 865-890.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. & Guimerá, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, *2*, 175-190.
- Celio, A.A., Wilfley, D.E., Crow, S.J., Mitchell, J., & Wash, B.T. (2004). A Comparison of the Binge Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Patterns-Revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with Instructions with the Eating Disorder Examination in the Assessment of Binge Eating Disorder and its Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 4, 434-444.
- Chua, J.L., Touyz, S., & Hill, A.J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *International Journal of Obesity*, *28*, 606-610.
- Collins, R.L., Lapp, W.M., Helder, L., & Saltzberg, J.A. (1992). Cognitive restraint and impulsive eating: Insights from the Three-Factor Eating Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*, *6*, 47-53.
- Costanzo, P.R., Musante, G.J., Friedman, K.E., Kern, L.S., & Tomlinson, K. (1999). The gender specificity of emotional, situational, and behavioral indicators of binge eating in a diet-seeking obese population. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 2, 205-210.
- Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The Journal of Eating Disorders*, *6*, 4, 485-494.

- Crow, S.J., Agras, S.W., Halmi, K., Mitchell, J.E., & Kraemer, H.C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 3, 309-318.
- Crow, S.J., Zander, K.M., Crosby, R.D., & Mitchell, J.E. (1996). Discriminatory function analysis of depressive symptoms in binge eating disorder, bulimia nervosa, and major depression. *International Journal Eating Disorders, 19*, 399–404.
- Davis, C., Patte, K., Levitan, R., Reid, C., Tweed, S. & Curtis, C. (en prensa). From motivation to behaviours: A model of reward sensitivity, overeating, and food preferences in the risk profile for obesity. *Appetite*.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of Binge Eating Disorder nosology. *International Journal Eating Disorders, 34*, 2-18.
- de Zwaan, M.D., Mitchell, J.E., Specker, S.M., & Pyle, R.L. (1993). Diagnosing binge eating disorder: level of agreement between self-report and expert-rating. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 289 – 295.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorders and obesity. *International Journal of Obesity, 25*, 1, 51-55.
- de Zwaan, M.D., Mitchell, J.E., Howell, M.L., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Roerig, J.L., Kolotkin, R.L., & Crosby, R.D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research, 10*, 1143-1151.
- de Zwaan, M.D., Mitchell, J.E., Seim, H., Specker, S., Pyle, R.L., Raymond, N.C., & Crosby, R.B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 15*, 43-52.
- Didie, E.R., & Fitzgibbon, M. (2005). Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor?. *Eating Behaviors, 6*, 35–41.
- Durnin & Womersley (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and woman aged from 16 to 72 years. *British Journal of Nutrition, 32*, 77, 97.
- Elder, K.A., Grilo, C.M., Masheb, R.M., Rothschild, B.S., Burke-Martindale, C.H., & Brody, M.L. (2006). Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 4, 545-560.
- Eldredge, K.L., & Agras, W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 19*, 73–82.
- Encuesta Nacional de Nutrición (1999). Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Encuesta Nacional de Nutrición (2006). Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Encuesta Nacional de Salud 2000 (2003). Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Engelberg, M.J., Gauvin, L., & Steiger, H. (2005). A naturalistic evaluation of the relation between dietary restraint, the urge to binge and actual binge eating: a clarification. *International Journal of Eating Disorders, 38*, 355-360.

- Engelberg, M.J., Steiger, H., Gauvin, L. & Wonderlich, S.A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 531-536.
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Barcelona: Paidós.
- Fairburn, C. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C., Doll, H., Welch, S., Hay, P., Davis, B., & O'Connor, M. (1998). Risk factors for Binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives General Psychiatry*, 55, 5, 425-432.
- Fairburn, C., Mphil, F., Cooper, Z., Doll, H., Dip, C., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorders in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 7, 659-665.
- Fairburn, C., & Wilson, G.T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C., & Abbate-Daga, G. (2004). Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nerviosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology*, 37, 4, 168-174.
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero` , A., Abbate-Daga, G., & Rovera, G.G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559– 566.
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The Spectrum of Eating Disorders in Young Women: A Prevalence Study in a General Population Sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701–708.
- Fitzibbon, M.L., & Blackman, L.R. (2000). Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 238-243.
- Fitzgibbon, M.L., Sánchez-Johnsen, L., & Martinovich, Z. (2003). A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 83-97.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Menezes, G., Papelbaum, M., Freitas, S., Godoy-Matos, A., Coutinho, W., & Appolinário, J.C. (2003). Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychology Research*, 119, 189-194.
- Foster, G., Sarwer, D., y Wadden, T. (1997). Psychological effects of weight cycling in obese persons: A review and research agenda. *Obesity Research*, 5, 5, 474-487.
- Freeman, L.M., & Gil, K.M. (2004). Daily stress, coping & dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212.
- French, S.A., Jeffery, R.W., Sherwood, N.E., & Neumark-Sztainer, D. (1999). Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity*, 23, 576-585.
- Galán, J.C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.

- García-Camba, E. (2001). Trastorno por atracón. En E. García-Camba (Ed.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad* (p.141-155). Barcelona: Masson.
- Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An Index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Garner, D., Olmestad, M., & Garfinkel, P.E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 4, 871-878.
- Garner, D., Olmestad, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15-34.
- Geliebter, A., Hassid, G., & Hashim, S.A. (2001). Test meal intake in obese binge eaters in relation to mood and gender. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 488-494.
- Ghaderi, A. & Scott, B., (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 104*, 122-130.
- Giusti, V., Heraïef, E., Gaillard, R.C., & Burckhard, P. (2004). Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *Eating and Weight Disorders, 9*, 1, 44-49.
- Gladis, M.M., Wadden, T.A., Foster, G.D., Vogt, R.A., & Wingate, B.J.(1998). A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 1, 17-26.
- Gómez-Peresmitré, G., Unikel S.C., & Corvera, P. (2000) ¿Por qué comemos de más? algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingestión. Congreso Iberoamericano de Psicología. <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct109.htm>
- Goldfein, J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L., Kissileff, H.R., & Devlin, M.J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 14*, 427-431.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors, 7*, 47-55.
- Gosnell, B.A., Mitchell, J.E., Lancaster, K.L., Burgard, M.A., Wonderlich, S.A., & Crosby, R.D. (2001). Food presentation and energy intake in a feeding laboratory study of subjects with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 30*, 441-446.
- Grange, D., Gorin, A., Catley, D., & Stone, A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview?. *European Eating Disorders Review, 9*, 5, 309-324.
- Grilo, C.M. (2002). Binge Eating Disorder. En C.G. Faiburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2a ed., pp. 403-407). New York: Guilford Press.
- Grilo, C.M. (2004a). Factor structure of DSM-IV criteria for obsessive compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 64-69.
- Grilo, C.M. (2004b). Subtyping female adolescent psychiatric inpatients with features of eating disorders along dietary restraint and negative affect dimensions. *Behaviour Research and Therapy 42*, 67-78.



- Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2000). Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 24, 404-409.
- Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2004). Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 397-407.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., Brody, M., Burke-Martindale, C.H., & Rothschild, B.S. (2005). Binge Eating and Self-Esteem Predict Body Image Dissatisfaction among Obese Men and Women Seeking Bariatric Surgery. *International Journal Eating Disorders*, 37, 347-351.
- Grissett, N.I., & Fitzgibbon, M.L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: support for bed and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors*, 21, 1, 57-66.
- Grucza, R.A., Przybeck, T.R. & Cloninger, R. (2007). Prevalence and correlates of Binge Eating Disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*, 48, 2, 124-131.
- Guerdjikova, A.I., McElroy, S.L., Kotwal, R., & Keck, P.E. (2007). Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eating Weight Disorder*, 12, 19-23.
- Guisado, A.J., & Vaz, J.F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o "binge eating disorder". *Revista Asociación Especialidades Neuropsiquiátricas*, XXI, 27-32.
- Guimerá, E., & Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI): En una muestra de anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- Guss, J.L., Kissileff, H.R., Devlin, M.J., Zimmerli, E., & Walsh, B.T. (2002). Binge size increases with body mass index in women with binge-eating disorder. *Obesity Research*, 10, 1021-1029.
- Hagan, M.M., Chander, P.C., Wauford, P.K., Ryback, R.J., & Oswald, K.D. (2003). The role of palatable food and hunger as trigger factors in an animal model of stress induced binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2, 183-197.
- Hartz, A.J., Rupley, D.C., Kalkhoff, R.D., & Rimm, A.A. (1983). Relationship of obesity to diabetes: influence of obesity level and body fat distribution. *Preventive Medicine*, 12, 2, 351-357.
- Hawkins, R.C., & Clement, P.F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of Binge eating tendencies. *Addictive Behaviors*, 5, 219-226.
- Hawkins, R.C., & Clement, (1984). Binge eating: measurement problems and a conceptual model. In: R.C., Hawkins, W.J., Fremouw, & P.F., Clement, (Eds.), *The binge eating purge syndrome: diagnosis, treatment, and research*. New York: Springer, p. 229-218.
- Hay, P. & Faiburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª edición). México: McGraw Hill.
- Henderson, N., & Huon, G. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, 7, 77-87.
- Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A.J. Stunkard (Ed.), *Obesity*. (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.

- Herman, P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En: A.J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and Its Disorders* (141-156). New York: Raven Press.
- Hernández, V., Trava, M., Bastarrachea, R. & Laviada, H. (2003). Trastornos bioquímicos y metabólicos de la Bulimia Nerviosa y alimentación compulsiva. *Salud Mental*, 26, 9-15.
- Herrero, M., & Conrado, M. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de Secundaria. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 1, 67-83.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2005). Body-related cognitions in binge-eating disorder and Bulimia Nervosa. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 4, 561-579.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 1 3, 137-145.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 521-530.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vogeleg, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 3, 137-144.
- Hoek, H.W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.
- Hout, G., Oudheusden, I. & Heeck, G.L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14, 579-588.
- Howard, C., & Porzelius, K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 19, 1, 25-44.
- Hudson, J.I., Pope, H.G., Wurtman, J., Yurgenlun-Todd, D., Mark, S., & Rosenthal, N.E. (1988). Bulimia in obese individuals: Relationship to normal weight bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 144-152.
- Hsu, L.K.G.; Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa, S., Rand, W., Fairburn, C.G., Rolls, B., McCrory, M. A., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J., & Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26, 10, 1398-1403.
- Hyland, M.E., Irvine, S.H., Thacker, C., Dann, P. & Dennis (1989). Psychometric analysis of the Stunkard-Messick Eating Questionnaire (SMEQ) and comparison with the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DBEQ). *Current Psychology: Research & Reviews*, 8, 3, 228-233.
- Jirik-Babb, P., & Geliebter, A. (2003). Comparisons of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese, adult, female outpatients. *Eating Weight Disorders*, 8, 173-177.
- Jirik-Babb, P., & Geliebter, A. (2005). Gender comparisons in psychological characteristics of obese, binge eaters. *Eating Weight Disorders*, 10, 101-104.
- Johnson, W.G., Grieve, F.G., Adams, C.D., & Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire

- of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 301–314.
- Johnson, J.G., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (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.
- Johnsen, L., Gorin, A., Stone, A., & D. Grange, (2003). Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss. *Eating Behaviors*, 3, 295-305.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1996). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- Kalarchian, M.A., Wilson, G.T., Brolin, R.E., & Bradely, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 89–92.
- 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.
- Karlsson, J., Persson, L.O., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 24, 12, 1715-1725.
- Keefe, P.H., Wyshogrod, D., Weinberger, E., & Agras, W.S. (1984). Binge eating and outcome of behavior treatment of obesity: A preliminary report. *Behavior Research and Therapy*, 22, 319-321.
- Keinsinger, G.J., Murrtaugh, M.A., Reichmann, S.K., & Tangney, C.C. (1998). Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 8, 863-868.
- King, M.B., & Bhugra, D. (1989). Eating disorders: lesions from a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 19, 955-958.
- Kinzi, J., Traweger, C., Trefalt, E., Mangweth, B., & Biebl, W. (1999). Binge eating disorder in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.
- Kolotkin, R.L., Westman, E.C., Ostbye, T., Crosby, R.D., Eisenson, H.J., Binks, M. (2004). Does binge eating disorder impact weight-related quality of life?. *Obesity Research*, 12, 6, 999-1005.
- Kolotkin, L.R., Revis, S.E., Kirkleyu, G.B., & Janick, L. (1987). Binge eating in obesity: associated MMPI characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 6, 872-876.
- Krahn, D.D., Kurth, C.L., Gomberg, E., & Drenowski, A. (2005). Pathological dieting and alcohol use in college women- a continuum of behaviors. *Eating Behaviors*, 6, 43-52.

- Kuehnel, R.H., & Wadden, T.A. (1994). Binge eating, weight cycling and psychopathological. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 4, 321-329.
- Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M., & Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The Interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 1, 41-48.
- Laessle, R.G., Tuschl, R.J., Kotthaus, B.C., & Pirke, K.M. (1989). A comparison of validity of three scales for the assessment of dietary restraint. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 504-507.
- Latner, J. & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 1-14.
- Ledoux, S., Choquet, M. & Manfredi, R. (1993). Associated factors for self-reported binge eating among male and female adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 1, 75-91.
- le Grange, D., Gorin, A., Catley, D. & Stone, A.A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview?. *European Eating Disorders Review*, 9, 309-324.
- Lemos, G.S. (2000). Trastornos afectivos (I): aspectos clínicos. En: S. Lemos (Ed.), *Psicopatología general* (p. 191-214). Madrid, España: Síntesis.
- Lewinsohn, Peter M; Seeley, John R; Moerk, Kirstin C; Striegel-Moore, Ruth H. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 4, 426-440.
- López, X., Alvarez, G.L., Vázquez, R., López, V., & Ocampo, M.T. (1998). Rasgos de personalidad de obesas, deportistas y normopeso (Pp. 15-28). En: J.M. Mancilla y G. Vilaclara (Eds.). *Cuadernos de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y el Ambiente*, I. México: UNAM-Iztacala.
- López, X., Mancilla, J.M., Alvarez, G.L., & Cobos, G. (1998). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedoras compulsivas. *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 51, 6, 225-229.
- López, X., Mancilla, J.M., Alvarez, G.L., & Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, 5, 2, 34-40.
- Lora, C. I.; & Saucedo, T., J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres. Adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 3, 60-67.
- Lowe, M.R., & Caputo, G.C. (1991). Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249-255.
- Lyons, M. (1998). The phenomenon of compulsive overeating on a selected group of professional woman. *Journal Advanced Nursing*, 27, 6, 1158-1164.
- Mancilla, J.M., Franco, K., Alvarez, G.L., & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican versión of the Eating Disorders Inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1, 2, 167-177.
- Mannucci, E. (2007). Eating Disorders in obesity: Beyond (and behind) DSM categories. *Hungarian Medical Journal*, 1, 1, 31-39.

- Marchesini, G., Cuzzolaro, M., Mannucci, E., Grave, R.D., Gennaro, M., Tomasi, F., Barantani, E.G., & Melchionda, N. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International Journal of Obesity*, 28, 1456–1462.
- Marcus, M.D. (1993a). Binge eating in obese individuals. Presented at the 12th Annual Conference on Eating Disorders, Columbus, OH, October 10–12.
- Marcus, M. D. (1993b). Binge eating in obesity. En: C. Fairburn & T. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and Treatment* (77-96). New York: The Guilford Press.
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. En K. D. Brownell, & C. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 441–444). New York: Guilford Press.
- Marcus, M.D. (1997). Adapting treatment for patients with Binge-eating Disorders. En: D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2a ed., pp. 484-493). New York: The Guilford Press.
- Marcus, M.D. (1999). Obesity patients with binge eating disorders. En J.D. Goldstein & J.A. Stunkard (Eds.). *The Management of Eating Disorders and Obesity* (p. 125-53). New Jersey, USA: Human press.
- Marcus, M.D., Moulton, M.M., & Greeno, C.G. (1995). Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20, 6, 747-55.
- Marcus, M.D., Smith, D., Santelli, R. & Kaye, W. (1992). Characterization of eating disordered behavior in obese eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249-256.
- Marcus, M.D., Wing, R., & Hopkins, J. (1988). Obese Binge Eaters: Affect, Cognitions, and Response to Behavioral Weight Control. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 3, 433-439.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Lamparski, D.M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10, 163-168.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2000a). On the Relation of Attempting to Lose Weight, Restraint, and Binge Eating in Outpatients with Binge Eating Disorder. *Obesity Research*, 8, 638-645.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2000b). Binge Eating Disorder: A Need for Additional Diagnostic Criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- Matos, M.I., Aranha, L., Faria, A., Ferreira, S., Bacaltchuck, J., & Zanella, M.T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24, 4, 165-169.
- Mazzeo, S., Saunders, R., & Mitchell, K. (2006). Gender and binge among bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*, 7, 47-52.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 3, 205-214.
- Mitchell, J.E. & Mussell, M.P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, 20, 6, 725-732.
- Mitchell, J., Musell, M., Peterson, C., Crow, S., Wonderlich, S., Crosby, R., Davis, T., & Weller, C. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 165-170.

- Mitchell, J.E., Pomeroy, C., & Adison, D.E. (1997). Managing medical complications. In D.M. & P.E. Garfinkel (Eds). Handbook of treatment for eating disorders (2<sup>nd</sup> ed., pp. 383-393). New York: Guilford Press.
- Miller, P., Watkins, J., Sargent, R., & Rickert, E. (1999). Self-Efficacy in overweight individuals with binge eating disorders. *Obesity Research*, 7, 6, 552-555.
- Molinari, E., Ragazzoni, P., & Morosin, A. (1997). Psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder and bulimic subjects. *Psychological Reports*, 3, 2, 1327-1340.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B. & Owen, C. (2006). Recurrent binge eating with and without the “undue influence of weight or shape on self-evaluation”: implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 929-938.
- Mora, M. & Raich, R.M. (1993). Adaptación española del Bulimia Test y Body Shape Questionnaire en una muestra universitaria. Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapia del Comportament i Medicina Conductual en la pràctica Clínica, Barcelona.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., De Zwaan, M., Crosby, R.D., Seim, H.C., & Crow, S.J. (1996). Clinical characteristic associated with binge eating in obesity females: a descriptive study. *International Journal the Obesity Relation Metabolic Disorders*, 20, 4, 324-331.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Fenna, C. J., Crosby, R. D., Miller, J. P., & Hoberman, H. M. (1997). A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 353–360.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Weller, C.L., Raymond, N.C., Crow, S.J., & Crosby, R.D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 395–401.
- Nangle, D.W., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E., & Engler, L.B. (1994). Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: Psychometric analysis of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 2, 147-157.
- National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, website [www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm](http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm) (accessed December 14, 2001).
- Nauta, H., Hospers, H., Jansen, A., & Kok, G. (2000). Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 5, 521-531.
- Nasser, J.A., Gluck, M.E., & Geliebter, A. (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*, 43, 3, 303-307.
- Nicholls, D., & Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal*, 330, 7497, 950-953.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva N°311. Recuperado de septiembre del 2006, de <http://www.who.int/research/es>.
- Pendleton, V.R., Willems, E., Swank, P, Poston, W.C., Goodrick, G.K., Reeves, R.S., & Foreyt, J.P. (2001). Negative stress and the outcome of treatment for binge eating. *Eating Disorders*, 9, 351-360.

- Peñas-Lledó, E., Fernández, J.D., & Waller, G. (2004). Association of anger with Bulimic and other impulsive behaviours among non-clinical woman and men. *European Eating Disorders Review*, 12, 392-397.
- Peterson, C.B., Millar, K.B., Crow, S.T., Turras, P., & Mitchell, J.E. (2005). Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 3, 273-276.
- Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., Nugent, S., Mussell, M.P., & Miller, J.P. (1998). Group cognitivebehavioral treatment of binge eating disorder: A comparison of therapist-led versus self help formats. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 125–136.
- Picot, A., & Lilenfeld, L. (2003). The Relationship among Binge Severity, Personality Psychopathology, and Body Mass Index. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 98-107.
- Pike, K., Dohm, F., Striegel-Moore, R., Wilfley., D., & Fairburn, C. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 9, 1455-1460.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J-P., & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11, 2, 195-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1992). Undieting: A program to help people stop dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 261-268.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Experimental studies of dieting. En: Faiburn, C. & Brownell, K. (Eds.). *Eating disorders and obesity* (2ed, 84-87). New York: The Guilford Press.
- Popkess-Vawter, S., & Owens, V. (1999). Use of the BULIT bulimia screening questionnaire to assess risk and progress in weight management for overweight women who weight cycle. *Addictive Behaviors*, 24, 4, 497-507.
- Pratt, E., Telch, C., Labouvie, E., Wilson, T., & Agras, W. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 2, 177-186.
- Pudel, V.E. (1978). Human feeding in the laboratory. En recent *Advances in obesity research*. II. G. Bray (dir.). Londres: Newman.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 1, 51-66.
- Ramacciotti, C., Coli, E., Passaglia, C., Lacorte, M., Pea, E., & Dell'Osso, L.(2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 94, 131-138.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Paoli, R., Gabriellini, G., Schulte, F., Castrogiovanni, S., Dell'Osso, L., & Garfinkel, P.E. (2005). The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nerviosa. *Eating Weight Disorders*, 10, 8-12.
- Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M., & Crosby, R.D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nerviosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 2, 135-143.

- Raymond, N. C., Neumeyer, B., Thuras, P., Weller, C.L., Eckert, E.D., & Crow, S. J. (1999). Compulsive and impulsive traits in individuals with obese binge eating disorder and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 7, 299-317.
- Reagan, P. & Hersch, J. (2005). Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 3, 252–256.
- Reas, D.L., & Grilo, C.M., (2007). Timing and Sequence of the Onset of Overweight, Dieting, and Binge Eating in Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 2, 165–170.
- Reas, D.L., Grilo, C.M., & Masheb, R.M. (2006). Reliability of the Eating Disorder Examination-Questionnaire in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1, 43-51.
- Reeves, R.S., Fada, R., McPherson, S., Nichaman, M., Harrist, R. Foreyth, J., & Goodrick, K. (2001). Nutrient intake of obese female binge eaters. *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 2, 209-215.
- Rendlin, J.A., Miltenberg, R.G., Crosby, R.D., Wolff, G.E., & Stickney, M.I. (2002). Funcional assessment of binge eating in a clinical sample of obese binge eating eaters. *Eating and weight disorders*, 7, 2, 106-115.
- Ricciardelli, L.A., & Williams, R.J. (1997). A Two-Factor Model of Dietary Restraint. *Journal Of Clinical Psychology*, 53, 2, 123–131.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 2, 211-218.
- Robertson, D. & Palmer, R. (1997). The prevalence and correlatos of binge eating in a british community simple of woman with a history of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 323-327.
- Rosenvinge, J., Borgen, J., & Børresen, R. (1999). The Prevalence and Psychological Correlates of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Among 15-Year-Old Students: A Controlled Epidemiological Study. *European Eating Disorders Review*, 7, 382-391.
- Russ, C.R. (1998). Towards an explanation of overeating patterns among normal weight college women: development and validation of a structural equation model. Doctor in Philosophy in Clinical Psychology, Virginia Polytechnic Institute and State University, USA.
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R., Figueras, M., Torras, J., & Mora, M. (1999). Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) con una muestra española universitaria. *Psicología Conductual*, 7, 3, 393-413.
- Sánche, L., & Fernández-Valdés, R. (2002). Trastorno por Atracón y Obesidad. *Formación Continua Nutrición Obesidad*, 5, 314-24.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L., & Sansone, L.A. (2005). The Prevalence of Personality Disorders Among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13, 7–21,
- Santonastaso, P., Ferrara, S., & Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorders and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal Eating Disorders*, 25, 215-218.



- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, *10*, 91–97.
- Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. *European Eating Disorder Review*, *8*, 340-343.
- Schwartz, M.B., & Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, *1*, 43–56.
- Shisslak, C., Pazda, L., & Crago, S.L. (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese woman. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*, 4, 380-384.
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O., & Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT-26) and Eating Inventory (TFEQ) Questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating Weight Disorders*, *10*, 2, 76-82.
- Sloan, D.M., Mizes, J.S. & Epistein, E.M. (2004). Empirical clasification of eating disorder. *Eating Behavios*, *6*, 53-62.
- Smith, D. (1995). Binge eating in ethnic minority groups. *Addictive Behaviors*, *20*, 6, 695-703.
- Smith, G.T., Cyders, S., Fischer, S., & Simmons, J. (2005). Integración de los factores de riesgo de predisposición y aprendizaje psicosocial para la bulimia nerviosa. *Psicología Conductal*, *12*, 3, 463-489.
- Smith, D., Marcus, M., & Eldredge, K. (1994). Binge Eating Syndromes: A review of assessment and treatment with an emphasis on clinical application. *Behavior Therapy*, *25*, 635-658.
- Smith, C., & Thelen, H. (1984). Development & validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 5, 863-872.
- Stein, D., Meged, S., Bar-Hanin, T., Blank, S., Elizur, A., Weizman, A. et al. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, *36*, 1116–1123.
- Sorbara, M., & Geliebter, A. (2002) Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, *31*, 4, 416-423.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., & Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 185–190.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1991). Binge eating disorders: to be or not to be in DSM-IV. *International Journal Eating Disorders*, *10*, 627-629.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder, a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 191–203.

- Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z., & Marcus, M. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QWEP-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R.L., (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 2, 137–153.
- Spoor, S.T.P., Stice, E., Bekker, M.H.J., Van Strien, T., Croon, M.A., & Van Heck, G.L. (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 39.
- Spurrell, B.E., Wifley, E.D., Tanofsky, B.M., & Brownell, D.K. (1997). ¿Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating?. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 1, 55-65.
- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633–661.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 5, 825-848.
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggar, A., & Agras, W. S. (2000). Negative affect moderates the relation between dieting and binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 218–229.
- Stice, E., Agras, S., Telch, C., Halmi, K., Mitchell, J., & Wilson, T. (2001). Subtyping binge eating-disorder women along dieting and negative affect dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 1, 11-27.
- Stice, E., Killen, J.D., Hayward, C., & Taylor, C.B. (1998) Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal Abnormal Psychologist*, 107, 671–674.
- Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 340–363.
- Stickney, I.M., Miltenberger, G.R., & Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of Behavior Therapy*, 30, 177-189.
- Striegel-Moore, H.R, Franko, D.L., Thompson, D., Barton, B., Shireiber, G.B., & Daniels, S.R. (2004). Change in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 315-327.
- Striegel-Moore, H.R., Cachelin, M.F., Dohm, F-A, Pike, M.K., Wifley, E.D., & Fairburn, G.C. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 2, 157-163.
- Striegel-Moore, H.R., Dohm, F-A., Kraemer, G.B., Taylor, C.B., & Daniels, S.R. (2007). Risk factors for Binge Eating Disorders: An exploratory study. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 481-487.
- Striegel-Moore, H.R., Fairburn, C.G., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A., & Kraemer, H.C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-

- eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35, 907–917.
- Striegel-Moore, H.R., Wilfley, D., Pike, M., Dohm, F.A., & Fairburn, C. (2000). Recurrent binge eating in black American woman. *Archives Family Medicine*, 9, 1, 83-87.
- Striegel-Moore, H.R., Wilson, G., Wilfley, D., Elder, K. & Brownell, K.D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27-37.
- Strien, T.V., Engels, R.C.M.E., Leeuwe, J.V., & Snoek, H.M. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite* 45, 205–213.
- Stunkard, A.J. (1993). A history of binge eating. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (eds.), *Binge eating* (p.p.15-34). New York: The Guilford Press.
- Stunkard, A.J., & Allison, K.C. (2003a). Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 27, 1, 1-12.
- Stunkard, A.J., & Allison, K.C. (2003b). Binge eating disorder: Disorder or marker?. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 107-116.
- Stunkard, A.J., & Messick, S. (1985). The Three-Factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition affect and hunger. *Appetite*, 18, 167-183.
- Stunkard, A.J. & Stellar, E. (1984). *Eating and its disorders*. New York: Raven Press.
- Tanofsky, M.B., Wilfley, D.E., Spurrell, E.B., Welch, R. & Brownell, K.D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 49-54.
- Tasca, G.A, Illing, V., Lybanon-Daigle, V., Bissada, H., & Balfour, L. (2003). Psychometric Properties of the Eating Disorders Inventory–2 Among Women Seeking Treatment for Binge Eating Disorder. *Assessment*, 10, 3, 228-236.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). ¿Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 1, 53-61.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1996a). ¿Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal Eating Disorders*, 20, 3, 271-279.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1996b). The effects of short-term food deprivation on caloric intake in eating-disordered subjects. *Appetite*, 26, 221–234.
- Telch, C., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in a non-clinical sample of women with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768–776.
- Tobin, D.L., & Griffing, A.S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 179-186.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 2, 49-57.

- Vandereyckend, W. (2001). Overeating and overweight: A neglected or disguised disorder?. *European Eating Disorder Review*, 9, 141-143.
- van Hanswijck, P., van Furth, E.F., Lacey, H., & Waller, G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33, 1311-1317.
- Vardar, E., Caliyurt, O., Arıkan, E., & Tuglu, C. (2004). Sleep quality and psychopathological features in obese binge eaters. *Stress and Health*, 20, 35-41
- Vargas, L.A., & Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 5, 34-46.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G.L., Franco, K., & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos del comportamiento alimentario en hombres y mujeres mexicanas: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 3, 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Alvarez, G., Ruíz, A.O., & Franco, K. (2005). Trastornos del Comportamiento Alimentario y Factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 53-63.
- Venditti, M.E., Wing, R.R., Jakicic, M.J., Butler, A.B., & Marcus, M. (1996). Weight cycling, psychological health, and binge eating in obese women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 400-405.
- Vervaet, M., van Heeringen, C., & Audenaert, K. (2004). Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia: More Similar than Different?. *European Eating Disorders Review*, 12, 27-33.
- Villagómez, L., Cortés, J., Barrera, E., Saucedo, D. & Alcocer, L. (2003). Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Investigación Clínica*, 55, 5, 535-545.
- Vincent, M.A., & McCabe, M.P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 2, 205-221.
- Vollrath, M., Koch, R., & Angst J. (1992). Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 160, 498-503.
- Wadden, T. A., Foster, G.D., Sarwer, D.B., Anderson, D.A., Gladis, M., Sanderson, S.R., Letchak, R.V., Berkowitz, R.I., & Phelan, S. (2004). Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *American Journal Clinical Nutrition*, 80, 560-568.
- Wadden, T.A., Foster, G.D., Leitzia, K.A., & Wilk, J.E. (1993). Metabolic, anthropomorphic, and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 17-25.
- Walsh, B.T., & Boudreau, G. (2003). Laboratory Studies of Binge Eating Disorder. *International Journal Eating Disorders*, 34, 30-38.
- Walsh, B.T., Hadigan, C.M., Kissileff, H.R., & LaChaussee, J.L. (1992). Bulimia nervosa: A syndrome of feast and famine. In G.H. Anderson & S.H.

- Kennedy (Eds.), *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders* (pp. 3–30). San Diego: Academic Press.
- Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I., & Ogden, J. (1992). Eating style and eating behavior in adolescents. *Appetite*, *2*, 18, 167-183.
- Watkins, J.A., Sargent, R.G., Miller, P.M., Ureda, J.R., Drane, W.J. & Richter, D.L. (2001). A study of the attribution style, self-efficacy, and dietary restraint in female binge and non-binge eaters. *Eating Weight Disorder*, *6*, 188-196.
- Westenhofer, J., Stunkard, A.J. , & Pudel, V. (1999). Validation of the Flexible and Rigid Control Dimensions of Dietary Restraint. *International Journal Eating Disorders*, *26*, 53–64.
- Wheeler, K.; Greiner, P., & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorder in woman. *Perspective in Psychiatric Care*, *41*, 3, 114-123.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the psychopathology of binge eating disorder. *International Journal Eating Disorders*, *27*, 259-269.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., Spurrell, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B.E., Douchis, J.Z., Frank, M.A., Wiseman, C.V., & Matt, G.E. (2002). A randomized comparison of group cognitive behavior therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 713–721.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nerviosa*. Peragmon Press, New York.
- Williamson, D.A., & Martin, C.K. (1999). Binge eating disorder: A review of the literature after publication of DSM-IV. *Eating and Weight Disorders*, *4*, 103–114.
- Wilson, G.T., (1993). National Institutes of Health Technology Assessment Conference: Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating. *Annals of Internal Medicine*, *119*, 7, 727-730.
- Wilson, G.T., Nonas, C.A., & Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 25–33.
- Wilson, G.T., & Walsh, B.T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology* , *100*, 3, 362-365.
- Wilson, G.T., Nonas, C.A., & Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 25–33.
- Wolff, E.G., Crosby, D.R., Roberts, A.J. & Wittrocks, A.D. (2000). Differences in dial stress, mood, coping and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college woman. *Addictive Behaviors*, *25*, 2, 205-216.
- Wolk, S.L., Loeb, K.L., & Walsh, B.T. (2005). Assessment of patients with anorexia nervosa: interview versus self-report. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 2, 92-99.
- Womble, G.L., Williamson, A.D., Martín, K.C., Zucker, L.N., Taw, M.J., Netemeyer, R., Levejoy, C.J., & Greenway, L.F. (2001). Psychosocial variables associated whit binge eating in obese males and females. *International Journal Eating Disorders*, *30*, 2, 217-221.

- Woodside, D.B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 4, 570-574.
- World Health Organization (1992). CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.
- Yanovski, S.Z. (2002). The binge eating in obese persons. En C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2a ed., pp. 403–407). New York: Guilford Press.
- Yanovski, S.Z. (2003). Binge Eating Disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?. *International Journal of Eating Disorders*, *34*, 117-120.
- Yanovski, S.Z., Leet, M., Flood, M., Yanovski, J.A., Gold, P.W., Kissileff, H.R., & Walsh, B.T. (1992). Food intake and selection of obese women with and without binge eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, *56*, 975–980.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K., & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorders and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 10, 1472-1479.
- Yanovski, S. Z., & Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorders before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, *15*, 135–150.