



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

---

---

**“TOMA DE DECISIONES: COMPARACIÓN ENTRE ADULTOS CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO DE ATRACONES”**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A:**

**BEATRIZ ADRIANA RAFAEL PÉREZ**

**DIRECTORA:**

**DRA. KARLA EDITH GONZÁLEZ ALCÁNTARA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**REVISORA:**

**DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM**

**SINODALES:**

**DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA  
DR. LUIS RODOLFO BERNAL GAMBOA  
MTRA. ERIKA SOUZA COLIN**

**Ciudad Universitaria, CD.MX. 2022**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

*Esta investigación se realizó con el apoyo del programa*

*UNAM-PAPIIT IN305619*

*Para:*

*Juan Carlos Rafael Esteban y María Griselda Pérez Reyes, ustedes han sido mi guía y mi felicidad; mi motivación y más grande inspiración para crear desde el corazón y la valentía, para dar lo mejor de mí, y seguir aprendiendo en cada día. Los amo para toda mi vida, má y pá.*

*Paulina Isái, Oswaldo y María Elisa, porque en los momentos de la vida me sostienen y llenan de cariño para avanzar y no desistir, por cada una de sus palabras y apapachos, por las risas y por ser los mejores hermanos del mundo, los amo.*

## Agradecimientos

A mis papás que son luz en mi camino.

*A María Griselda*, por ser quien me enseñó el amor a la lectura y ser paciente con mi curiosidad; y que entre muchas más de las cualidades que me has heredado, hoy se ven reflejadas en esta investigación; y a *Juan Carlos*, por enseñarme que puedo ser capaz de ir tras mis sueños desde pequeña; porque me impulsas a trabajar y ser perseverante. Gracias a ambos por estar conmigo y siempre esperándome con una sonrisa y un abrazo. *Porque su confianza, paciencia y amor aportaron en demasía a este trabajo.*

*A Paulina Isaí*, por tu sabiduría, tu empatía y tus abrazos, a *María Elisa* por caminar conmigo, por escucharme y leerme, por estar siempre a mi lado y ayudarme a crear grandes cosas, y a *Oswaldo* por tu apoyo, y solidaridad, por compartir conmigo los últimos meses de estudiante, gracias a los tres por acompañarme, pues llenan mis días de alegría y felicidad, *me alientan cada día, e inspiran a confiar en mí.*

*A la Dra. Karla Edith González Alcántara*, por creer en mi e invitarme a tomar este camino que sin duda fue una experiencia muy enriquecedora. Gracias por el entusiasmo, la paciencia, la dedicación, el tiempo, por las observaciones y comentarios, que contribuyeron enormemente al desarrollo de esta investigación. También gracias por crear espacios de enseñanza-aprendizaje, donde te aprendí muchísimo; así como el apoyo brindado en los diferentes momentos académicos y personales que compartimos a lo largo de estos ya varios meses, te admiro muchísimo!

*A la Dra. Cecilia Silva*, por las oportunidades que me brindó para ser parte del Laboratorio de Salud y Alimentación que, sin duda, es un espacio de muchísimo aprendizaje personal y profesional. Gracias por sus conocimientos compartidos, su dedicación y vocación, por animarnos a tomar parte en la ciencia desde la experiencia propia.

*A todos los que conforman el Laboratorio de Salud y Alimentación pues sembraron en mí el gusto por la investigación. ¡Gracias!*

A mi comité de Sinodales la *Mtra. Erika Souza Colín*, la *Dra. Angélica Juárez Loya* y el *Dr. Rodolfo Bernal Gamboa*, por el apoyo que me brindaron para poder crecer profesionalmente, gracias por su tiempo, sus comentarios, y sobre todo gracias por su calidez humana.

## Índice

<b>Lista de Tablas y Figuras .....</b>	<b>9</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>10</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>12</b>
<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>14</b>
1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	14
1.2. Trastorno de Atracones .....	14
1.3. Criterios diagnósticos del trastorno de atracones .....	16
1.4. Consecuencias de desarrollar trastorno de atracones .....	17
1.5. Epidemiología .....	19
1.6. Factores asociados al trastorno de atracones .....	20
1.6.1 Factores biológicos .....	21
1.6.2. Factores psicológicos .....	21
1.6.3. Factores sociales .....	22
1.7. Etiología de la conducta de atracón .....	23
1.7.1. Factores disparadores de la conducta de atracón .....	25
1.8. Tratamiento .....	25
1.9. Funciones ejecutivas y trastorno de atracones .....	27
2.1. Toma de decisiones .....	28
2.2. Toma de decisiones en pacientes con trastorno de atracones .....	33
2.3. Toma de decisiones en adultos con sintomatología de trastorno de atracones .....	35
<b>Capítulo 2.....</b>	<b>40</b>
<b>Método.....</b>	<b>40</b>
3.1 Planteamiento del Problema .....	40
3.1.1. Justificación .....	43
3.1.2. Pregunta de Investigación .....	43
3.1.3. Objetivo general.....	43

3.1.4. Objetivos específicos.....	43
3.2. Definición de Variables .....	44
3.2.1. Sintomatología de trastorno de atracones.....	44
3.2.2. Toma de Decisiones.....	44
3.2.3. Categoría de Peso según el IMC .....	45
3.2.4. Sexo .....	45
3.2.5. Edad.....	45
3.3. Hipótesis.....	45
3.4. Diseño y Alcance .....	46
3.5. Participantes.....	46
3.5.1 Criterios de inclusión .....	47
3.6. Cuestionario, Tarea e Instrumento .....	49
3.6.1. Cuestionario de Datos Sociodemográficos .....	49
3.6.2. Iowa Gambling Task (IGT).....	49
3.6.3. Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QWEP-R por sus siglas en inglés).....	51
3.6.4. Inventario de Depresión de Beck .....	52
3.6.5. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).....	53
3.7. Procedimiento .....	54
3.8. Análisis Estadísticos.....	55
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>56</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>56</b>
4.1. Diferencias entre el grupo con sintomatología y sin sintomatología .....	56
4.2. Diferencias entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología emparejados por categoría de peso .....	57
4.3. Diferencias entre adultos con sintomatología y sin sintomatología de trastorno de atracones por sexo.....	59
4.3.1. Diferencias entre mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.....	60

4.3.2. Diferencias entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.....	61
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>63</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>63</b>
<b>Limitaciones y sugerencias .....</b>	<b>69</b>
<b>Capítulo 5.....</b>	<b>70</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>70</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>72</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>88</b>
Anexo 1. Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado (QEWP-R por sus siglas en inglés) .	88
Anexo 2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala Rasgo.....	91
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck-II.....	92

## Lista de Tablas y Figuras

### Tablas

Tabla 1	Estudios que evaluaron la toma de decisiones mediante el Iowa Gambling Task en adultos con trastorno de atracones y sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 2	Características sociodemográficas y clínicas de la muestra
Tabla 3	Verificación de los supuestos de estadística paramétrica entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 4	Comparación entre la toma de decisiones de adultos con y sin sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 5	Verificación de los supuestos de estadística paramétrica entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología de acuerdo con la categoría de peso
Tabla 6	Toma de decisiones en adultos según sintomatología de trastorno de atracones por categoría de peso
Tabla 7	Verificación de los supuestos de estadística paramétrica en mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 8	Comparación entre la toma de decisiones de mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 9	Verificación de los supuestos de estadística paramétrica entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones
Tabla 10	Comparación de la toma de decisiones entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones

### Figura

Figura 1	Modelo lineal conducta de atracón. México
----------	---

## Resumen

Estudios previos sugieren una afectación en la toma de decisiones de pacientes con trastorno de atracones (TA) que los lleva a realizar elecciones desventajosas, lo cual podría facilitar el mantenimiento de los atracones. En la población que únicamente presenta parte de la sintomatología de dicho trastorno, la información en torno a su toma de decisiones aun no es clara, además se observa que no se han controlado variables como la edad, el sexo y el peso las cuales podrían estar impactando en la TD.

El objetivo de esta investigación fue identificar si la toma de decisiones es distinta, entre adultos de 18-30 años con y sin sintomatología de trastorno de atracones, controlando el sexo, la edad y la categoría de peso (normopeso, sobrepeso y obesidad).

Para evaluar la sintomatología de trastorno de atracones se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R, por sus siglas en inglés), mientras que la toma de decisiones se evaluó mediante el Iowa Gambling Task (IGT). Y con la finalidad de conocer las características clínicas de la muestra se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la escala A-Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Su aplicación fue vía remota mediante la plataforma Inquisit web de Millisecond.

La muestra se conformó de 156 adultos de 18 a 30 años, de los cuáles 78 reportaron tener sintomatología de Trastorno de Atracones y 78 indicaron no tenerla. Se agruparon con base en la presencia o ausencia de la sintomatología de TA y su categoría de peso, después se les agrupó según su sexo y la presencia o ausencia de TA. Para examinar diferencias por sintomatología de TA y categoría de peso se aplicó ANOVA de una vía, mientras que para observar diferencias considerando las variables sintomatología de TA y sexo se aplicaron los análisis t de Student para muestras independientes y U de Mann-Whitney.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación se señala que adultos de 18 a 30 años que cursan con al menos un síntoma de TA (p ej., episodios de atracón, malestar posterior a los atracones, sentimientos de culpa ligados a éstos, comer a solas por vergüenza sobre la forma en que se come, malestar emocional debido a los atracones), no experimentan sesgos en su toma de decisiones que les conduzcan hacia elecciones desventajosas, independientemente de su categoría de peso y sexo.

**Palabras clave:** toma de decisiones, sintomatología de trastorno de atracones, normopeso, sobrepeso, obesidad, mujeres y hombres.

## Introducción

El trastorno de atracones (TA) fue reconocido como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en 2013, por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y actualmente es el TCA de mayor prevalencia (Erskine y Whiteford, 2018) además, conductas características del trastorno como lo son los atracones y la pérdida de control sobre lo que se come, son las más prevalentes entre adolescentes de hasta 19 años en México (Shamah-Levi et al., 2020).

Se ha descrito que el TA requiere un abordaje multidisciplinario, sin embargo, para poder brindar intervenciones específicas a las necesidades de la población es necesario conocer los factores que están relacionados a dicho trastorno.

Se ha señalado que el estudio de las funciones ejecutivas (FE) representa un factor fundamental para la comprensión del TA y a su vez para el desarrollo e implementación de tratamientos para atender población con algún TCA.

Entre las FE, se encuentra la toma de decisiones (TD), la cual, merece atención ya que se ha propuesto, podría contribuir al desarrollo y mantenimiento de episodios de atracón (Danner et al., 2012). Estudios recientes sugieren que los pacientes con TA tienen una TD desventajosa, sin embargo, no se han controlado variables como la edad, el sexo y el peso las cuales podrían estar impactando en la TD. Por su parte, en estudios con adultos con síntomas de TA los resultados no son concluyentes.

Por lo que, la pregunta de investigación propuesta en este estudio fue ¿Existen diferencias entre adultos de 18-30 años con y sin sintomatología de trastorno de atracones respecto a su toma de decisiones, controlando el sexo, la edad y la categoría de peso?

Así en primera instancia se exponen antecedentes sobre el Trastorno de Atracón, los criterios diagnósticos, las consecuencias de padecerlo, la epidemiología, los factores asociados (biológicos, psicológicos y sociales); posteriormente se habla de la etiología específicamente de la conducta de atracón y los factores que se ha descrito pueden disparar tal conducta. Además de una breve revisión sobre los tratamientos que se brindan para personas con diagnóstico de TA. Posteriormente se presenta la definición de las funciones ejecutivas, y su papel en la vida del ser humano, ligándose entonces a la toma de decisiones; se presenta su definición y estudio desde la hipótesis de los marcadores somáticos propuesta por Damasio (1996), así como su evaluación bajo el Iowa Gambling Task.

Con todo este trasfondo se presentan los estudios previos con relación a la Toma de Decisiones en pacientes con Trastorno de Atracón y en adultos con sintomatología de Trastorno de Atracón.

Posteriormente se describe el planteamiento del problema, la justificación, la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos, las definiciones de las variables, las hipótesis, diseño y alcance de la investigación, la conformación de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el cuestionario, tarea e instrumentos utilizados, así como la descripción del procedimiento y los análisis estadísticos realizados, es decir, presenta el método de este estudio.

De modo que el siguiente apartado, versa sobre los resultados obtenidos tras observar mediante estadística paramétrica y no paramétrica la toma de decisiones de la muestra. Seguidamente se encuentra la discusión en torno a los hallazgos obtenidos, así como las limitaciones y sugerencias. Y finalmente, se presentan las conclusiones de este estudio.

## Capítulo 1

### 1.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Dentro de la conducta alimentaria e ingesta de alimentos, se han identificado varios comportamientos alimentarios alterados persistentes como la restricción alimentaria, métodos para controlar el peso, atracones, entre otros; que bajo determinados criterios diagnósticos pueden llegar a constituir un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Como base se encuentra una alteración en el estado psicológico de la persona aunado a una percepción corporal distorsionada, o temor por padecer obesidad (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Así los TCA y de la ingesta de alimentos enmarcan alteraciones persistentes en la alimentación y el comportamiento, por lo que el consumo de alimentos resulta afectado y todo esto genera un deterioro significativo de la salud física y el funcionamiento psicosocial (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Otras características de la psicopatología alimentaria son la preocupación excesiva por el peso y la figura, la motivación para adelgazar, además de sentimientos negativos, obsesiones y compulsiones respecto a la alimentación (Ruiz-Martínez et al., 2010).

Hasta la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), se reconocen como TCA y de la ingesta de alimentos el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno de atracones (APA, 2013).

### 1.2. Trastorno de Atracones

Hacia la segunda mitad del siglo XX, Stunkard (1959) describió el caso de A. A., un hombre de 30 años, quien practicaba conductas como beber y comer en exceso, esto último se dice, ocurría después de tener algún desacuerdo con su esposa.

De modo que A. A. solía acudir a tiendas (aparentemente sin haberlo planeado) a comprar grandes cantidades de comida y así después ingerirla tan rápido como le fuera posible (Stunkard, 1959).

En ocasiones esa forma de comer se prolongaba con varias visitas a restaurantes para ordenar pequeñas cantidades de alimentos en cada uno de estos. Cabe mencionar que A. A. no disfrutaba comer de esta forma, en cambio constantemente se enfrentaba al temor de ser descubierto (Stunkard, 1959). Una vez que los atracones concluían A. A. sentía mucha angustia y se reprochaba a si mismo su actuar, lo cual, le llevaba a la práctica de distintas acciones para bajar de peso, que carecían de practicidad por lo que su duración era corta (Stunkard, 1959).

Considerando este caso, Stunkard (1959) detalló un patrón de alimentación llamado *atracción de comida*, que se caracterizó por 1) comer grandes cantidades de comida; 2) tal conducta es posterior a situaciones que generan estrés, siendo estos eventos detonadores; 3) una vez que el atracón concluye, se experimenta descontento acompañado de expresiones de autocondena y, 4) no se limita a un momento específico del día.

Spitzer et al., en 1992 describieron otros patrones alimentarios similares al atracón de comida. Uno le llamaron *episodio de sobreingesta* donde la persona come en un periodo de tiempo discreto (2 horas) una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente comería durante un periodo de tiempo similar. Otro es el *atracción*, que enmarca el episodio de sobreingesta ya descrito, aunado a la pérdida de control sobre lo que se come, al menos dos veces por semana en los pasados 6 meses. El *síndrome de atracción* corresponde al episodio de sobreingesta, la pérdida de control en el atracón además de alguno de los siguientes síntomas: a) comer más rápido de lo normal; b) comer hasta sentirse incómodamente lleno; c) comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente; d) comer solo debido a la vergüenza que se experimenta a causa de las cantidades

de comida que se ingieren; e) sentir disgusto consigo mismo, depresión o culpabilidad posteriores al atracón, o f) comer grandes cantidades de comida durante el día sin horarios de comida planificados.

Desde ese momento la comunidad científica observó que tales patrones alimentarios eran presentados por varias personas que se encontraban en programas para pérdida de peso (30.1%), al igual que miembros de comedores compulsivos anónimos (71.2%), sin embargo, tanto en el DSM-III-R y el CIE-9 no había una categoría diagnóstica que permitiese brindar un diagnóstico (Spitzer et al., 1991).

Es hasta el 2013 cuando en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta versión (DSM-V), se define y reconoce el Trastorno de Atracónes (TA) como la presencia recurrente de episodios donde se consume una gran cantidad de alimentos que evidentemente supera lo que la mayoría de las personas pueden consumir en un periodo similar (inferior a las 2 horas) acompañado de la pérdida de control sobre lo que se ingiere (APA, 2013).

### **1.3. Criterios diagnósticos del trastorno de atracones**

La Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-V (APA, 2013) presenta los siguientes criterios para el diagnóstico de TA:

**Criterio A.** Recurrentes episodios de atracón donde la persona consume una gran cantidad de alimentos que evidentemente es mayor a la que normalmente las personas podrían consumir en un tiempo determinado (inferior a las 2 horas) bajo las mismas condiciones, así como la sensación de pérdida de control durante el episodio.

**Criterio B.** Los episodios de atracón se asocian con conductas como comer demasiado rápido; comer hasta sentirse desagradablemente lleno; comer en soledad ya que la cantidad de comida que se consume genera vergüenza; se realizan aun si la persona no siente

hambre físicamente. Experimentación de disgusto, sentimientos de culpa y malestar posteriores al atracón. Para el diagnóstico de TA se requiere la presencia de al menos tres de las acciones mencionadas.

**Criterio C.** Intensa molestia relacionada a los atracones.

**Criterio D.** Presentarlos al menos una vez por semana dentro de los tres meses pasados.

**Criterio E.** Ausencia de conductas compensatorias recurrentes para evitar el aumento de peso (vomito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo) y no se produce con exclusividad en el curso de otros trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia nerviosas).

La frecuencia de los episodios de atracones aunado a los síntomas y el grado de disfuncionalidad son considerados para determinar la gravedad del trastorno. Cuando se presentan de 1 a 3 atracones a la semana la gravedad es leve, si los episodios van de 4 a 7 veces por semana será moderada 8 a 13 episodios a la semana se considera grave, mientras que si se llegan a presentar 14 o más atracones se estima que la gravedad del trastorno es extrema (APA, 2013).

#### **1.4. Consecuencias de desarrollar trastorno de atracones**

Como ya se ha mencionado en el TA no hay manifestación de conductas compensatorias, por lo que se ha sugerido que el sobrepeso y la obesidad probablemente surgen como consecuencia del padecimiento de dicho trastorno (Hudson et al., 2007 y Svaldi et al., 2010). Se ha reportado que aquellas mujeres que practican atracones pueden presentar un índice de masa corporal (IMC) alrededor de 27 kg/m<sup>2</sup>, mientras que quienes cursan con el diagnóstico de TA pueden alcanzar un IMC de 32.01 kg/m<sup>2</sup>, (López et al., 2010), así pues, se

observa que mientras más severo es el padecimiento de los atracones el IMC se eleva (Danner et al., 2012).

Cabe señalar que, si bien en la literatura se ha reportado que la población con sobrepeso y obesidad tiende a experimentar con mayor frecuencia el TA, éste no se ha establecido como un factor causante de dichas condiciones (Bradasawi y Zidan, 2019 y Córdova et al, 2017).

Olguin et al. (2017), refieren que otras de las condiciones médicas encontradas en pacientes con TA se ligan al padecimiento de obesidad, específicamente diabetes tipo 2, hipertensión y niveles elevados de colesterol en la sangre (dislipidemia). Por lo que proponen que el TA o simplemente la conducta de atracones son un factor de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades, así como del síndrome metabólico, síntomas gastrointestinales, asma, trastornos y problemas del sueño (narcolepsia y cataplexia), dolor, y en mujeres alteraciones en el ciclo menstrual, complicaciones durante el embarazo, presión intracraneal y síndrome de ovario poliquístico.

Otras de las comorbilidades que se han observado en el curso del TA son, el abuso de sustancias y dificultades en el de control de impulsos (Dingemans et al., 2017), trastornos de ansiedad especialmente la fobia social, fobias específicas, ansiedad por separación y agorafobia sin pánico; trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar I y II, siendo menos frecuente la distimia) y; trastornos relativos a la impulsividad, tales como el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (Benjet et al., 2012). Recientemente se ha dicho que el TA puede traer como consecuencia el deterioro funcional respecto al grupo de pertenencia y con la familia (Filipova y Stoffel, 2016).

Por lo tanto, al considerar la comorbilidad existente entre condiciones como la obesidad, ansiedad, depresión, diabetes e hipertensión y el TA se estima la calidad de vida relacionada a la salud de pacientes con TA se encuentra afectada (Agh et al., 2016),

afectándose principalmente el funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad y el funcionamiento social (Masheb y Grilo, 2004 como se citó en Agh et al., 2016).

Finalmente se destaca que la tasa de mortalidad es alta en personas con un TCA, en parte debido a las comorbilidades médicas y también fuerte asociación que se existe con el suicidio, pues se observan porcentajes más altos en cuanto intentos de suicidio en pacientes con TCA que los que se reportan en población general (Mandelli et al., 2019). Conti et al. en 2017, con base en una revisión sistemática concluyeron que el TA se asocia de forma significativa con un aumento en los comportamientos e ideación suicidas. Se ha dicho que al menos el 34.9% de adolescentes que tuvieron TA una vez en la vida manifestaron tener ideación suicida, un 15.3% refirieron tener plan de suicidio y el 20.2% reportó intento de suicidio (Benjet et al., 2012), y de acuerdo con el metaanálisis realizado por Mandelli et al. (2019), se observa una proporción de intentos de suicidio de entre 10 y 12% en pacientes con TA que se encuentran entre la adolescencia y la adultez.

### **1.5. Epidemiología**

Aunque en general la prevalencia de los TCA ha aumentado paulatinamente en los últimos años (Galmiche et al., 2019), se considera que el TA es el de mayor prevalencia (Erskine y Whiteford 2018).

A nivel internacional se estima que la prevalencia del TA en población general es de un 0.9%, específicamente en la región de Latinoamérica, Estados Unidos y Europa se considera que la prevalencia de este trastorno en adultos con un rango de edad de 18 a 64 años es de 1.9% (Erskine y Whiteford, 2018).

De acuerdo con el metaanálisis realizado por Kolar et al. (2016), en América Latina se tiene una prevalencia de 3.53% entre población desde los 10 hasta los 59 años, consideran que la cultura pudiese ser facilitadora del desarrollo de TCA, ya que observan conductas alimentarias como medidas de regulación emocional.

Aunque en México los datos son más escasos, considerando los criterios diagnósticos señalados en el DSM-IV (excepto el tiempo de ocurrencia pues se estimó dentro de los pasados tres meses), se ha reportado una prevalencia del TA igual a 1.6% en adultos provenientes de zonas urbanas, y se estima como edad media de inicio a los 23 años (Kessler et al., 2013).

Específicamente en la zona de la Ciudad de México y el área conurbada el TCA que ha sido identificado como el de mayor prevalencia bajo el criterio de haberlo vivido al menos una vez en la vida en población adolescente (12-17 años) es el TA (1.4%) frente a la anorexia (0.5%) y a la bulimia (1%); siendo más frecuente en mujeres (75%) que en hombres (24.9%; Benjet et al., 2012).

Además, la clínica de TCA perteneciente al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Moreno (INPRFM) brinda atención especializada a un promedio de 204 personas anualmente, con afectaciones conductuales en su alimentación, donde el 93% son mujeres de aproximadamente 21 años, el otro 7 % son hombres con edad promedio de 19 años (Unikel et al., 2017), así pues, el TA tiene mayor incidencia en mujeres que en hombres (Hudson et al., 2007 y Kessler et al., 2013), y resalta que aún en la población varonil el TA es el TCA más frecuente (Mitchison y Mond, 2015).

### **1.6. Factores asociados al trastorno de atracones**

Como se ha dicho, el desarrollo de los TCA, e incluso la conducta de atracón llegan a constituir fenómenos complejos. A pesar de ello, diversas investigaciones han buscado conocer las variables asociadas a la aparición del TA, pudiéndose señalar factores biológicos, psicológicos y sociales.

### **1.6.1 Factores biológicos**

Desde el punto de vista biológico se reconocen diferentes disciplinas que han contribuido al entendimiento del TA, primordialmente desde la genética se describe que el TA tiene una heredabilidad moderada (del 41-57%; Agüera et al., 2020), los genes que esenciales que han sido vinculados son los implicados en los sistemas dopaminérgicos serotoninérgicos (Palacios, 2017).

Respecto a las condiciones físicas que se asocian con el TA, se dice que el TA pueden presentarlo personas con normopeso, sobrepeso u obesidad (Hay, 2020), no obstante, la literatura señala una fuerte asociación especialmente entre este trastorno y personas con malnutrición por exceso y que buscan a su vez, perder peso (Hudson, et al., 2007; Kessler et al., 2013), por lo cual, se ha dicho que el índice de masa corporal (Gómez-Peresmitré et al., 2013; López et al., 2010) y fluctuaciones del peso (ciclos de pérdida-ganancia), seguimiento de dietas restrictivas son variables que predicen el atracón (López et al., 2010). Sin embargo, hay evidencia que sugiere no existe una asociación entre el peso y la manifestación de sintomatología de TA (Bradasawi y Zidan, 2019).

### **1.6.2. Factores psicológicos**

En cuanto a los factores psicológicos que contribuyen el desarrollo del TA se encuentran baja autoestima (Fairbum et al., 2003), evaluación negativa, inconformidad con el peso y la figura (López, 2008), perfeccionismo, capacidad para identificar las propias emociones y sensaciones (conciencia interoceptiva; Agüero et al., 2020), estrés percibido (Morales et al., 2015). E igualmente se ha documentado que la sintomatología depresiva es un factor predictivo (López et al., 2010; Morales et al., 2015).

Otro elemento que se considera predisponente es la regulación emocional, dificultad para distinguir las emociones y un repertorio limitado de estrategias de regulación (Gianini et al., 2013). Siendo la regulación emocional, la habilidad para manejar situaciones cotidianas

efectivamente, de modo que se tiene la pericia para atenuar y modular los estados afectivos (Dingemans et al., 2017). Ligado a lo anterior, hay evidencia que indica una tendencia a responder de forma impulsiva por parte de personas que realizan atracones cuando experimentan estados de ánimo negativos (Eichen et al., 2017).

También, se ha comentado que las deficiencias en el funcionamiento de las funciones ejecutivas son un factor predisponente para desarrollar algún TCA (Alvarado y Silva, 2014) existiendo entonces también una relación entre FE y problemas de la conducta alimentaria experimentados por población no clínica (Ciszewski et al., 2020). Las funciones ejecutivas son una variedad de funciones cognitivas y se ha encontrado que pacientes con TA presentan una toma de decisiones deficiente (Aloi et al., 2015, Aloi et al., 2018, Blume et al., 2018 y Danner et al., 2012), afectaciones en flexibilidad cognitiva, control inhibitorio, solución de problemas (Mobbs et al., 2011) mayores respuestas impulsivas (Carr et al., 2021).

### **1.6.3. Factores sociales**

Como factores socioambientales se ha considerado la disfunción familiar (Morales et al., 2015), separación de los padres, entorno familiar donde se presente el consumo de sustancias, burlas sobre el peso por parte de familiares; comentarios negativos reiterativos, exigencia de perfección a la persona por parte de otros, ambientes familiares donde la interacción escasamente facilita la expresión de emociones y sentimientos (Ruiz-Martínez et al., 2010) acoso escolar, presión social asociada al peso, imágenes presentadas en medios de comunicación (televisión y redes sociales) centradas en promover delgadez e ideales de belleza (Agüera et al., 2020), la experimentación de eventos traumáticos como terminación de una relación, el fallecimiento de un ser querido y abuso sexual y físico durante la infancia (Palmisano et al., 2016).

Con base en esta información se comprende que son diversos los elementos que pueden ser predisponentes para el desarrollo del TA y que, en determinado momento, incluso

pueden conceptualizarse como factores de mantenimiento, por ejemplo, las estrategias de regulación emocional (Dingemans et al., 2017), el estrés percibido (Striegel et al., 2012), el padecimiento de depresión, el entorno familiar (Ruiz-Martínez et al., 2010), por mencionar algunos. En complemento al entendimiento de la problemática que representa el TA se ha tratado de saber cuáles son los factores que se asocian a la conducta de atracón.

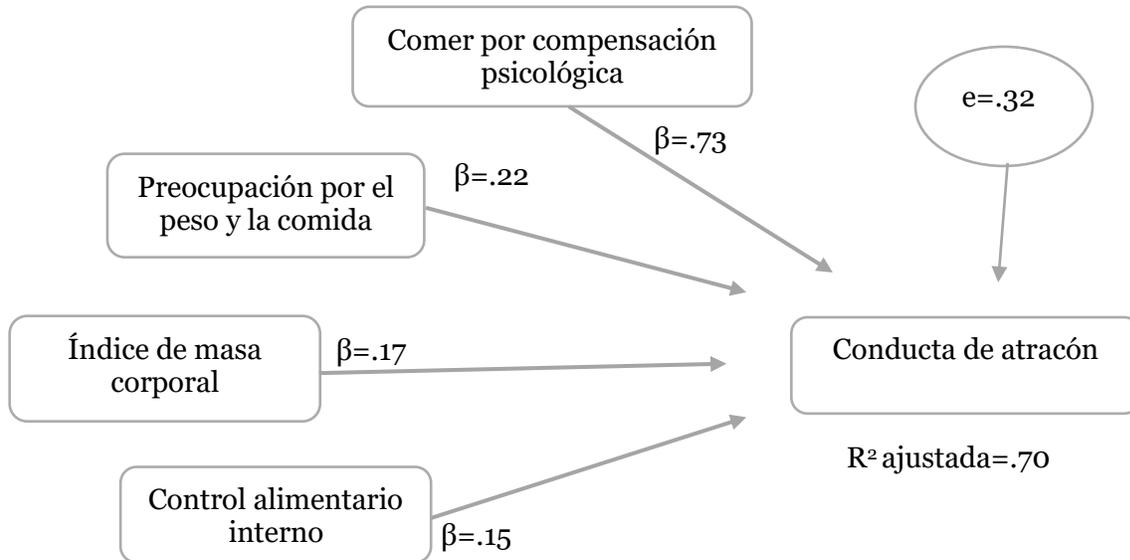
### **1.7. Etiología de la conducta de atracón**

Propiamente la etiología del TA no ha sido descrita en su totalidad e incluso se conoce poco sobre sus características biológicas y genéticas subyacentes, sin embargo, diversos hallazgos (Sehm y Warschburger, 2015; Striegel-Moore et al., 2005 como se citó en Agüera et al., 2020) apoyan la concepción de una etiología compleja pues hay una combinación de diversos factores influyendo en el inicio de este trastorno.

Gómez-Peresmitré et al., en 2013 presentaron un modelo de cuatro factores (ver Figura 1) para explicar la conducta de atracón en mujeres, resultando así que comer por compensación psicológica (buscar consumir alimentos cuando se experimenta intranquilidad, tristeza, aburrimiento, etc.) es el factor predictor más importante. Además, detallan que el factor preocupación por el peso y la comida es una variable predictora de comer por compensación psicológica e indirecta para predecir episodios de atracón (Gómez-Peresmitré et al., 2013).

**Figura 1**

*Modelo lineal de la conducta de atracón. México*



Nota: La varianza explicada en la variable conducta de atracón por parte de los 4 factores fue del 69%.

Adaptado de: Gómez-Peresmité, G., Acosta V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R., Guzmán, R., y León, R. (2013). A preliminary study of the predictive factors of binge eating behaviour in three cultures: Mexico, Spain and Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 4(2), 68-78. [http://doi.10.1016/S2007-1523\(13\)71994-3](http://doi.10.1016/S2007-1523(13)71994-3)

Según el modelo de regulación del afecto, el consumo de alimentos ante la experimentación de emociones adversas (enojo, frustración, ansiedad, tristeza, resentimiento, culpabilidad, etc.) brinda confort y un escenario de distracción ante tales emociones (McCarthy, 1990), lo que finalmente es una estrategia de regulación (Gianini et al., 2013). Cabe destacar que si bien la regulación emocional desadaptativa precede a los atracones también puede incrementar el sentimiento de culpa y vergüenza, por lo que esto puede propiciar la realización de más atracones (Agüero et al., 2020).

### **1.7.1. Factores disparadores de la conducta de atracón**

López (2008), señala cinco desencadenantes para el atracón alimentario, entre los que se encuentran estado de ánimo, dietas restrictivas, fluctuaciones del peso, y estímulos alimentarios presentes en el ambiente.

De acuerdo con Abraham y Beaumont (1982) la tensión emocional, empezar a comer algo y estar solo serían los factores que habitualmente dispararían un episodio de atracón. Se describe que la pérdida de control (incapacidad para detener la ingesta de alimentos) ante un episodio de atracón está sujeta al entorno bajo el cual se realiza este por lo general ocurren cuando la persona se encuentra sola, aunque si la persona es sorprendida mientras lo practica es muy probable que se detenga (APA, 2013).

Manasse et al. (2020) identificaron que al menos un 20.6 % de personas que realizan atracones llegan a tener una planeación del mismo, definido como el conocimiento previo de que realizarían un atracón con hasta al menos una hora de antelación y tomar las medidas necesarias para facilitarlos (preseleccionar y comprar alimentos, reservar tiempo para llevarlo a cabo), ya que se considera la planeación del atracón como un medio de distracción o evitación de pensamientos desagradables, sentimientos o responsabilidades, y por lo tanto los episodios de atracón en un porcentaje no se presentan como una conducta impulsiva sino como una conducta previamente planeada e intencional.

### **1.8. Tratamiento**

Tratar los TCA es complicado puesto que su atención requiere de un enfoque multidisciplinario que incluya a psiquiatras, psicólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, por lo que, comúnmente, se necesita tanto de tratamiento farmacológico como de distintos tipos de terapia (Brownley et al., 2016).

Ya que en los TCA se presentan diferentes conductas, es necesaria la aplicación de tratamientos específicos para cada tipo, así el National Institute for Health and Care

Excellence (NICE), recomienda que los principales tratamientos terapéuticos que debieran ser usados en la intervención a pacientes con TA son la terapia cognitivo conductual (TCC), ya sea en grupo o individual; la terapia familiar cuando sea pertinente y debe tener como eje principal la reducción o eliminación de atracones, en vez de dirigir la intervención hacia la pérdida de peso, pues de ser así podrían incrementarse los episodios de atracón (National Guideline Alliance, 2017). Se tiene evidencia de la eficacia de diferentes intervenciones de TCC en el tratamiento de los pacientes con TA, respecto a la reducción significativa de los episodios de atracones, abstinencia de estos y reducción de la sintomatología propia del TA (Davis y Attia, 2019; Juarascio et al., 2017). No obstante Hilbert et al. (2017), comentan que a menudo los pacientes con TA no reciben un tratamiento basado en evidencia, lo cual compromete la utilidad y veracidad de estos.

También, se ha sugerido que en esta población debe tratarse la psicopatología ansiosa y depresiva si es que se presenta, los problemas de carácter emocional, la correcta identificación y manejo de eventos estresantes y/o traumáticos, el mejoramiento de habilidades de afrontamiento, interpersonales, así como de relaciones personales (Agüera et al., 2020).

Entre los tratamientos que se brindan para el TA, se ha probado la eficacia de la TCC, encontrando que cuenta con eficacia a largo plazo, sin embargo, no todos los pacientes alcanzan la recuperación, con base en el estudio de Hilbert et al. (2012), se calcula que el 48% no se recupera, mientras que aquellos que cursan con atracones subclínicos un 18% tampoco alcanza la remisión.

Por lo anterior, es posible notar la necesidad de realizar intervenciones cuya efectividad este probada, sin embargo, para llegar a este punto se requiere distinguir cuales factores se asocian la aparición del TA que previamente no se han tomado en cuenta e incluso pudiesen contribuir al mejoramiento de los tratamientos actuales.

En tal sentido, se ha dirigido la atención hacia el ámbito cognitivo, como lo son las funciones ejecutivas puesto que al conocer los déficits específicos en FE se puede tener la posibilidad de identificar a las personas en riesgo de padecer algún TCA (Ciszewski et al., 2020) así como potenciar la efectividad del tratamiento (Segura-Serralta et al., 2020).

### **1.9. Funciones ejecutivas y trastorno de atracones**

Rosselli et al., (2008), definen las funciones ejecutivas (FE) como un grupo de habilidades cognitivas que tienen el fin de promover la adaptación del individuo ante situaciones novedosas y complejas. Entre las destrezas que se incluyen en las FE están la flexibilidad cognitiva, inhibición de respuestas automáticas (Rosselli et al., 2008), fluidez verbal, cambio de escenario, planificación, memoria de trabajo, y toma de decisiones (Miranda-Olivos et al., 2021).

Las FE son necesarias para el desarrollo de planes de acción, establecimiento y logro de metas, puesto que coordinan y organizan procesos cognitivos básicos como la memoria y la percepción. De modo que la alteración en estas funciones puede comprometer capacidades individuales como lo son la independencia y productividad, conducir a dificultades a nivel cognitivo, emocional y conductual (Rabinovici et al, 2015 como se citó en Miranda-Olivos et al., 2021), dificultades para concentrarse, mantener la atención, impulsividad, desinhibición, afectaciones en la memoria de trabajo, inhabilidad para planificar acciones ventajosas, desorganización, comportamientos perseverativos, pobre habilidad de razonamiento, resistencia al cambio de actividades, dificultad para aprender de los errores, mostrar apatía y desmotivación (Anderson, 2008).

Los datos indican que en los TCA existen alteraciones en distintas FE, por ejemplo, una toma de decisiones desventajosa (Segura-Serralta et al., 2020), y afectaciones en flexibilidad cognitiva (Wu et al., 2014), por lo que se dice que aquellas personas con un TCA tienen un perfil neuropsicológico distinto de quienes no tienen alguna patología de este tipo

(Segura-Serralta et al., 2020). Otras FE que igualmente han sido exploradas son el control inhibitorio (Blume et al., 2019) planeación (Alvarado y Silva, 2014), etc.

Propiamente en el TA algunas características que se sugiere pudiesen ser expresión de deterioro cognitivo son la pérdida de control y la práctica frecuente de atracones a costa de sus consecuencias (sentimientos de culpabilidad), lo cual, ha incentivado la realización de evaluaciones neuropsicológicas, reportándose que pacientes con TA exhiben menor capacidad para suprimir conductas impulsivas, dificultades en la generación y modificación de estrategias para lograr objetivos, preferencia de recompensas a corto plazo, mientras que la habilidad para llevar a cabo de estrategias de afrontamiento adaptativas es baja (Kessler et al, 2016).

Si bien no es posible detallar que determinada FE tiene mayor relevancia en el TA, pues es poco factible que la capacidad para realizar alguna actividad dependa de una sola habilidad cognitiva (Rosselli et al., 2008), el estudio de cada habilidad por separado permite conocer de qué manera determinada habilidad se expresa bajo cierta condición. Al margen de esta información se ahonda en la toma de decisiones y el TA, ya que se ha estimado ésta podría contribuir a que las personas perseveren en la realización de episodios de atracón (Danner et al, 2012), los cuales son la conducta principal del TA.

### **2.1. Toma de decisiones**

La toma de decisiones (TD) es la capacidad de seleccionar una respuesta de entre varias opciones en un momento determinado (Damasio, 1994). Se apoya de procesos cognitivos (atencionales y la memoria de trabajo) y las emociones (Bechara et al., 2000a) que se definen como aquellos cambios que se presentan en el cuerpo y en el cerebro provocados por determinado contenido mental. Mientras que los sentimientos serán la percepción de dichos cambios (Damasio, 1994).

Bechara et al., (1997) argumentan que para hacer una elección que resulte ventajosa, es necesaria una profunda evaluación sobre la información disponible como los hechos, opciones de acción, personas que intervienen y consecuencias de las acciones.

En las situaciones donde las consecuencias son inciertas (p.ej. personales, sociales e incluso económicas) intervienen los marcadores somáticos (Bechara, 2011) que se presentan como un mecanismo que favorece la toma de decisiones en términos de precisión y efectividad (Damasio, 1994).

Los marcadores somáticos reflejan visceralmente el valor anticipado de las opciones que se tienen como respuesta, se producen considerando la información disponible del mundo externo (Bechara, 2011). Así a nivel somatosensorial se generará un patrón que marcará el escenario como bueno o malo, restringiendo el proceso de razonar todos los posibles resultados o consecuencias futuras, por lo que la marca somática se presenta como una señal de guía o alarma (Bechara et al., 2000a) para facilitar que la conducta de un individuo se oriente de manera ventajosa a largo plazo (Bechara et al., 2000b). De este modo, cuando una marca somática negativa se liga a un resultado futuro posible se genera una especie de alarma mientras que si la marca somática es positiva la señal generada motivará la acción.

Las marcas somáticas incluyen componentes musculoesqueléticos, viscerales, así como los del medio interno del cuerpo (Damasio et al., 1996), cada persona las adquiere conforme a la experiencia y en conjunto a un sistema interno de preferencias que asegure su supervivencia (procurando mantenerla dentro de estados homeostáticos y evitando estados corporales displacenteros como el dolor), en congruencia con convencionalismos sociales y normas éticas. También parecen estar ligadas a la cultura en la que la persona se encuentra (Damasio, 1994). Cuando una persona carece de la generación de tales marcas se ha visto experimenta dificultades para planear el futuro, guiar su comportamiento bajo normas

sociales, así como dificultades para anticipar posibles consecuencias de sus acciones (Bechara, 2011, y Damasio, 1994).

Cabe señalar que los marcadores somáticos no explican en su totalidad el proceso de toma de decisiones puesto que elegir, también requiere de un proceso de razonamiento (Damasio, 1994).

Desde esta aproximación se ha encontrado que los pacientes que han tenido algún daño en la corteza prefrontal ventromedial, toman malas decisiones porque son incapaces de provocar respuestas somáticas (o viscerales), así los defectos que se observan en TD no se deben a la carencia de conocimiento social, deterioro en los procesos racionales, falta de atención, y fallas en la memoria (Damasio, 1994). Teniendo cierta incapacidad para tomar decisiones ventajosas para su vida, aunque sus habilidades intelectuales (aprendizaje, memoria, lenguaje, atención) estén preservadas, (Bechara et al., 2000a).

Otro componente importante en el estudio de la TD es la capacidad para dirigir las conductas conforme a prospectos futuros, pasando por alto las recompensas que se pueden alcanzar a la brevedad. No obstante, esto no siempre ocurre así, y la persona puede regirse por perspectivas inmediatas de forma exagerada, de manera que el panorama de las perspectivas futuras se encuentra restringido y únicamente el presente es procesado de manera clara, por lo que hay una insensibilidad a las consecuencias futuras, ya sean positivas o negativas, a esta condición se le denomina miopía ante el futuro (Damasio, 1994).

En el marco de la hipótesis de los marcadores somáticos, dicha condición se podría suscitar toda vez que las evocaciones de los resultados futuros no tuvieran un valor señalado como positivo o negativo lo que conduce a la persona a que no se rechacen o acepten con facilidad (Bechara et al., 1994).

Es por todo este fondo teórico que la valoración de la TD se torna compleja, no obstante, una de las tareas ampliamente usada es el Iowa Gambling Task (IGT); fue desarrollada como una tarea de evaluación del desempeño en toma de decisiones con fundamento en la hipótesis de los marcadores somáticos (Damasio, 1994).

Esta tarea simula un juego de apuestas ya que la persona que resuelve la tarea deberá maximizar la cantidad de dinero ficticio que se le entrega antes de comenzar la tarea, (Bechara et al, 2000a). Se conforma por cuatro mazos de cartas, dos de estos son ventajosos y dos son desventajosos según las ganancias y pérdidas que se pueden alcanzar a corto y a largo plazo. Así, la estructura de la tarea simula decisiones de la vida real ya que expone al evaluado a condiciones de recompensa, castigo, e incertidumbre (Bechara et al., 2005).

Se ha visto que cuando los evaluados asimilan las contingencias de ganancia y pérdida de cada mazo optan por los mazos ventajosos sobre los desventajosos (Verdejo-García et al., 2006). Aunque el conocimiento consciente de una situación y sus beneficios y costos no conducirá siempre a elecciones ventajosas, pues en ausencia de dicho conocimiento también es posible elegir ventajosamente (Bechara et al., 2005).

Dentro del marco de la hipótesis de los marcadores somáticos se ha visto que cuando los evaluados aparentemente sanos responden el IGT se activan marcas somáticas (conductancia de la piel) con más frecuencia cuando se eligen cartas desventajosas, sin embargo, los pacientes con daño en la corteza prefrontal ventromedial no generan esas marcas en las mismas situaciones (Bechara et al., 2005) involucrándose una y otra vez en decisiones que conllevan consecuencias negativas, e incluso esa característica de sus elecciones no se modifica aun cuando las consecuencias sean más severas, guiándose entonces mayormente por ganancias inmediatas ignorando las consecuencias a largo plazo (Bechara et al., 2000b).

El IGT ha sido ampliamente utilizado en el estudio de la TD en personas con daño en la corteza prefrontal ventromedial (Bechara et al., 1994), abuso de sustancias, juego patológico, personas con esquizofrenia (Toplak et al., 2010), e igualmente en la examinación de TD en pacientes con algún TCA, entre estos el TA (Aloi et al., 2015, Aloi et al., 2018, Blume et al., 2019, Córdova et al., 2017, Danner et al., 2012, y Kittel et al., 2017).

Por otro lado, hay investigaciones donde se evalúa la toma de decisiones en pacientes con TA, mediante la tarea Game of Dice Task, en la que el participante conoce claramente el riesgo de las decisiones. Los hallazgos son inconsistentes, Svaldi et al. (2010), refieren que la TD en pacientes con TA es distinta de quienes no lo padecen, y por su parte Wu et al. (2014), reportan que no hay discrepancias en la TD de adultos con y sin TA.

Así mismo, también se tienen resultados heterogéneos cuando se comparan los resultados obtenidos mediante el Game of Dice Task con los obtenidos bajo el IGT (Danner et al., 2012) en adultos con trastorno de atracones, puesto que las tareas tienen una aproximación teórica del proceso de toma de decisiones distinta, acarreando dificultades para entender el papel del TA en la TD. Debido a esto, la presente investigación aborda los resultados obtenidos bajo el IGT.

Tras realizar una búsqueda en bases de datos (Pubmed, PsycINFO) sobre toma de decisiones en personas con TA (tanto en español como en inglés), considerando los términos “Decision making/toma de decisiones”, “Binge eating disorder/trastorno de atracones” e “IGT”, se presenta lo siguiente

Se encontraron seis artículos, de los cuales cuatro investigaron la TD en pacientes adultos con diagnóstico de TA (Aloi et al., 2015, Aloi et al., 2018, Blume et al., 2018 y Danner et al., 2012) y dos evaluaron la TD en adultos con sintomatología de TA (Córdova et al., 2017 y Davis et al, 2010).

## **2.2. Toma de decisiones en pacientes con trastorno de atracones**

Danner et al. (2012), investigaron la TD (por medio del IGT) de mujeres con obesidad y TA (diagnosticado bajo los criterios del DSM-IV, cuya edad media fue de 38.05 años), mujeres con obesidad y mujeres con normopeso. Encontraron que aquellas con TA y obesidad presentaban una media de 3 atracones, reportaron mayores niveles de depresión y menos autocontrol que mujeres con obesidad y normopeso.

Respecto a la puntuación total del IGT fue examinada controlando las variables edad y depresión, precisaron que mujeres con TA y obesidad (TA+OB) y mujeres únicamente con obesidad (OB) tuvieron un desempeño similar en la tarea considerando el puntaje final obtenido (TA+OB  $M=2.74$  y OB  $M=-0.94$ ), no obstante mujeres con TA y obesidad tuvieron un peor rendimiento en comparación con mujeres con normopeso (TA+OB  $M=2.74$  y NP= $11.20$ ). También observaron correlaciones negativas entre el puntaje total del IGT con la severidad de los atracones ( $-0.25$ ), IMC ( $-0.26$ , Danner et al., 2012).

Concluyen que cuando las pacientes con TA y obesidad deben elegir entre opciones cuyas consecuencias no son tan obvias, se inclinan hacia las decisiones desventajosas, esto es, aquellas que brindan recompensas inmediatas (Danner et al., 2012).

En 2015 Aloï et al., encontraron que a nivel cognitivo mujeres con TA (diagnosticado según los criterios propuestos en el DSM-IV-TR) y obesidad, mostraban falta de atención y dificultades para adaptarse a los cambios dentro de una situación novedosa. Con relación a la toma de decisiones (valorada mediante el IGT) mencionaron que ésta se caracterizó por ser desventajosa pues obtuvieron una puntuación final media de  $-8.4$ , además su actuar a lo largo de la prueba fue pobre, ya que la puntuación neta por bloque permitió apreciar que en los bloques 3 y 5 la puntuación fue baja, significando que tuvieron dificultades para encontrar la estrategia adecuada para resolver la tarea.

Posteriormente en 2018, Aloï et al., evaluaron a pacientes con TA (con base en los criterios estipulados en el DSM-V) y obesidad tanto hombres como mujeres entre los 18 y 65 años. Aplicaron el Iowa Gambling Task, el Trail Making Task y la Figura Compleja de Rey-Osterrieth, y encontraron afectaciones en toma de decisiones, cambio de tarea, atención y memoria las cuales, sugirieron son propias del TA e independientes del peso.

Particularmente en el IGT, los resultados de los participantes con TA y obesidad fueron los más bajos, en comparación con los resultados de personas con obesidad sin atracón y los del grupo normopeso sin TA, (igualmente fueron evaluados en el estudio), ya que obtuvieron una puntuación total media de -6 y la puntuación neta por bloque fue baja del tercero hasta el quinto, identificando nuevamente dificultades para hallar una estrategia correcta para realizar la tarea. Sugiriendo que en pacientes con TA y obesidad existe una mayor práctica de elecciones riesgosas además de alteraciones en la capacidad para atender la retroalimentación que se recibe durante la tarea.

Similarmente Blume et al. (2019), evaluaron toma de decisiones, sensibilidad a la recompensa, flexibilidad cognitiva, inhibición y control cognitivo en torno al padecimiento de obesidad, adicción a la comida, y TA.

Se trabajó con cuatro grupos (personas con obesidad, personas con adicción a la comida, pacientes con TA y personas con adicción a la comida y TA). Se describe que los participantes con adicción a la comida y TA mostraron significativamente mayores síntomas de depresión en comparación con los participantes con obesidad (Blume et al., 2019).

Considerando la evaluación de TD bajo el IGT, los resultados no indicaron diferencias significativas, aunque los cuatro grupos mejoraron a lo largo de la tarea su desempeño (considerando los puntajes obtenidos por bloque). La puntuación total más baja la obtuvo el grupo con TA ( $M=-10.32$ ), y la más alta la obtuvo el grupo con TA y adicción a la comida

( $M=2.00$ ). Siendo entonces que el grupo de personas con obesidad, adicción a la comida y el grupo de TA tuvieron una toma de decisiones desventajosa.

Por lo anterior se observa que en pacientes que cuentan con diagnóstico de TA por personal de salud especializado bajo los criterios presentados por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, DSM-IV-TR y DSM-V), hay una tendencia hacia una toma de decisiones desventajosa (Ver Tabla 1), inclinándose preferentemente por recompensas inmediatas, además de evidenciar dificultades para generar estrategias que les dirijan a una TD ventajosa (Aloi et al, 2015, Aloi et al., 2018, Blume et al., 2018, y Danner et al., 2012). Tales hallazgos no concuerdan con la información obtenida al evaluar a personas que únicamente refiere experimentar algunos síntomas, en lo sucesivo se exponen.

### **2.3. Toma de decisiones en adultos con sintomatología de trastorno de atracones**

Antes de presentar los hallazgos relativos a la TD en adultos con sintomatología de TA es importante comentar que, dentro del espectro de los TCA se han identificado conductas alimentarias de riesgo (CAR) que preceden al desarrollo del trastorno (Berengui et al., 2016). Representan un patrón de alimentación perturbado e insalubre. Pueden ser la práctica de ayunos, omisiones de comidas, eliminación de ciertos grupos de alimentos, realización de dietas restrictivas, atracones, así como conductas compensatorias (vómito autoinducido, uso de laxantes ejercicio excesivo; Radilla et al., 2015), etc.

Se estima la prevalencia de CAR en adultos de 19 a 29 años es del 39.2% (Ávila y Jáuregui, 2015), y específicamente en el periodo 2017-2018 la prevalencia fue de 16.6% en mujeres de 18-25 años (Silva et al., en prensa). Si bien, no se tiene suficiente información que permita saber en qué medida se practican CAR relativas al TA en adultos, en México las CAR más frecuentes en adolescentes de hasta 19 años están preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come (Shamah-Levi et al., 2020). Por lo

anterior, es necesario conocer cuáles podrían ser las alteraciones, sesgos, o deficiencias que presenta esta población, para poder brindar intervenciones precisas y oportunas.

Con el objetivo de explorar la toma de decisiones, gratificación retardada, obesidad y TA, Davis et al. (2010), desarrollaron una investigación con mujeres con obesidad (IMC  $M=35$ ) que reportaron practicar atracones semanales en los pasados 6 meses, que no se comprometieron en conductas compensatorias (aspectos que se consideraron indicadores de TA), y que estuviesen recibiendo tratamiento por depresión. Como grupos control incluyeron también mujeres con obesidad (IMC  $M=386$ ) y con normopeso (IMC  $M=21.7$ ).

Los resultados caracterizaron a las mujeres con normopeso con una mejor capacidad para demorar las ganancias (de acuerdo con su desempeño en el Delay Discounting Task) y una mejor toma de decisiones considerando el puntaje de elecciones ventajosas en el IGT ( $M=12.2$ ). Mientras que las mujeres con TA y, las mujeres con obesidad obtuvieron las puntuaciones más bajas en el IGT considerando el puntaje de elecciones ventajosas (suma de los mazos C+D;  $M=.07$  y  $M=2.7$  respectivamente). Ante estos hallazgos refieren que los grupos de TA, obesidad y normopeso, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí (Davis et al, 2010) en cuanto a su TD.

Finalmente plantean que la tendencia a ganar peso podría tener una fuerte relación con una precaria autorregulación y destacaron que el nivel educativo interviene en la ejecución de las tareas evaluadas pues quienes reportaron tener educación superior su desempeño fue mejor que aquellas con menos nivel educativo (Davis et al., 2010).

Por su parte Córdova et al., en 2017 analizaron perfiles neuropsicológicos en personas con obesidad con y sin sintomatología de TA. Adicionalmente tomaron estudios de sangre para determinar posibles diferencias en su estado nutricional y de salud, sin embargo, los resultados denotaron las mismas características para ambos grupos.

Los perfiles neuropsicológicos se conformaron por la evaluación de toma de decisiones y habilidades de planeación en la vida real mediante el IGT, y elementos de las funciones ejecutivas como atención selectiva y control inhibitorio utilizando el Go/No-go Task. Los resultados concernientes a TD muestran que los participantes obesos con TA obtuvieron las más bajas puntuaciones, encontrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.004$ ) entre los grupos evaluados. Además, mencionan que del total de participantes obesos con TA el 33.3% evidenció una TD deteriorada, el 11.1% no mostró daño y el 55.6% se encontraba en el límite. Respecto a la puntuación relativa al aprendizaje a lo largo de la prueba concluyen que aquellos pacientes con algún trastorno tienden a mantener un patrón de elecciones de ganancias a corto plazo (Córdova et al., 2017).

Considerando lo expuesto concluyen que individuos obesos con signos de TA moderados y graves tienen déficits en atención selectiva, control inhibitorio y en toma de decisiones y planeación (Córdova et al., 2017).

Este par de estudios fueron desarrollados en Canadá y Brasil, y como se advierte los resultados no son concluyentes, por una parte, se propone que la toma de decisiones de mujeres con episodios de atracón no es distinta a la de mujeres sin episodios de atracón (Davis et al., 2010), mientras en el otro se señala que en efecto quienes adultos con síntomas de TA tienen una toma de decisiones distinta y es desventajosa respecto a quienes no presentan tales síntomas (Córdova et al., 2017).

Adicionalmente se observan discrepancias metodológicas respecto a la medición de la sintomatología del trastorno de atracones ya que Davis et al., (2010) consideraron como síntoma únicamente la manifestación de episodios de atracón en los pasados seis meses en ausencia de conductas compensatorias, y Córdova et al., (2017) identificaron la sintomatología moderada y severa de TA bajo el uso de la Escala de atracones (Binge Eating Scale, BES); así como en las características de la muestra, puesto que Davis et al., (2010)

incluyeron únicamente mujeres de 25 a 45 años y tuvieron dos grupos de comparación (mujeres con normopeso y mujeres con obesidad) para el grupo de estudio (mujeres con síntomas de TA y obesidad), en tanto Córdova et al., (2017) incorporaron a mujeres y hombres en la muestra y solo tuvieron un grupo de comparación (adultos con obesidad) para el grupo de estudio (adultos con síntomas de TA).

Finalmente se destaca que la medición de toma de decisiones es distinta aun cuando se utilizó la misma tarea (IGT) ya que en uno se optó por el puntaje de elecciones ventajosas mientras que otro utilizó el puntaje total (ver tabla 1.)

Por lo anterior se propone la presente investigación, que tiene como objetivo identificar si existen diferencias entre adultos con y sin sintomatología de TA, desde una metodología que permita tener control de las variables como la edad, ya que se acotará a un rango de edad donde las funciones ejecutivas sean homogéneas, evaluación de la TD conforme a grupos creados de acuerdo con el IMC, puesto que se ha asociado la manifestación del TA con un IMC elevado aunque no necesariamente se limita a esa condición, y de manera complementaria se crearan grupos según el sexo ya que se observa que tanto mujeres como hombres pueden presentar TA.

**Tabla 1.**

*Estudios que evaluaron la toma de decisiones mediante el Iowa Gambling Task en adultos con trastorno de atracones y con sintomatología de trastorno de atracones*

Autores	Año	Grupos	Edad		Sexo		IMC	IGT
			<i>M(DE)</i>	Mujeres ( <i>n</i> )	Hombres ( <i>n</i> )	<i>M(DE)</i>	<i>M(DE)</i>	
Danner et al.	2012	TA	38.5 (10.99)	20	-	38.74 (6.25)	2.74 (12.10) <sup>b</sup>	
		OB	44.56 (13.36)	21	-	30.84 (3.00)	-0.94 (23.30) <sup>b</sup>	
		NP	36.13 (14.09)	34	-	22.32 (1.96)	11.20 (18.34) <sup>b</sup>	
Aloi et al.	2015	AN	22.8 (5.6)	45	-	15.5 (1.4)	-4.81 (28.79) <sup>b</sup>	
		TA	30.6 (10.9)	45	-	35.2 (6.5)	-8.40 (32.92) <sup>b</sup>	
		NP	25.6 (3.5)	45	-	20.2 (1.6)	11.92 (31.32) <sup>b</sup>	
Aloi et al.	2018	OB+TA	44.2 (10.7)	27	8	38.9 (6.9)	-6.0 <sup>b</sup>	
		OB	49.6 (9.9)	16	16	36.4 (6.8)	-2.0 <sup>b</sup>	
		NP	46.6 (11.1)	18	8	23.0(0.8)	12.0 <sup>b</sup>	
Blume et al.	2018	OB	40.48 (10.85)	17	6	42.84 (4.76)	-2.26 (32.78) <sup>b</sup>	
		AC	43.39 (10.35)	18	5	44.14 (6.59)	-3.91 (32.18) <sup>b</sup>	
		TA	38.84 (9.43)	14	5	41.92 (5.25)	-10.32 (39.36) <sup>b</sup>	
		AC+TA	37.53 (10.12)	16	7	42.23 (6.13)	2.00 (35.17) <sup>b</sup>	
Davis et al.	2010	STA	34.3 (6.5)	65	-	35.7(9.0)	2.7 <sup>a</sup>	
		OB	35.2 (6.7)	73	-	38.6(7.1)	0.7 <sup>a</sup>	
		NP	31.8 (6.3)	71	-	21.7(1.9)	12.2 <sup>a</sup>	
Córdova et al.	2017	OB+STA	40.7 (17.37)	15	3	37.32 (6.07)	-5.66 (25.13) <sup>b</sup>	
		OB	49.5 (14.84)	12	6	39.76 (8.6)	18.55 (22.48) <sup>b</sup>	

*Nota: TD= toma de decisiones, IGT= Iowa Gambling Task, TA= Trastorno de atracones STA= sintomatología de trastorno de*

*atracones, IMC=índice de masa corporal, M=media, DE=desviación estándar, OB= obesidad, NP= normopeso, AN= anorexia, AC= adicción a la comida, <sup>a</sup>= puntaje de elecciones ventajosas, <sup>b</sup>= puntuación total.*

## Capítulo 2

### Método

#### 3.1 Planteamiento del Problema

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), son considerados un problema de salud pública debido a las comorbilidades que éstos presentan (Galmiche et al., 2019) además, su prevalencia ha aumentado en los últimos años (Bell, 2021). En México, se estima que durante el periodo 2012-2015 los TCA representaron la principal causa de atención sanitaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM; Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

El TCA de mayor prevalencia a nivel internacional es el trastorno de atracones (TA), que se calcula es de un 1.9% (Kessler et al., 2013), a menudo se presenta durante la adolescencia (Hudson et al., 2007; Kessler et al., 2013) e inicios de los veinte años, siendo este último grupo de edad donde se han registrado los mayores porcentajes de incidencia (Galmiche et al, 2019), además pueden padecerlo tanto hombres como mujeres (Striegel et al., 2012).

Entre las consecuencias asociadas con presentar TA, destacan la obesidad (Dingemans y Van Furth 2012; Hudson et al., 2007; Kolar et al., 2016), diabetes tipo 2 (Hudson et al., 2010; Raevouri et al., 2014), hipertensión, dislipidemias, dolor, trastornos del sueño, del funcionamiento gastrointestinal y asma (Olguin et al, 2017). También, se ha observado que pueden presentar trastornos como depresión y ansiedad (Benjet et al., 2012; Swanson et al., 2011), trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la personalidad (Cuadro y Baile, 2015) consumo de sustancias, así como dificultades en la interacción en la familia (Filipova y Stoffel, 2016), aspectos que convergen en el deterioro de la calidad de vida asociada a la salud y satisfacción en la vida (APA, 2013).

Aunque diversos factores se han relacionado con la aparición del TA, desde el punto de vista cognitivo, se ha detallado que estos pacientes presentan alteraciones, deficiencias o sesgos en algunas funciones ejecutivas (Aloi et al., 2015, Córdova et al., 2017, Kessler et al., 2013 y Kessler et al., 2016) y que podrían constituirse como factores relacionados al desarrollo o mantenimiento de dicha patología (Aloi et al., 2018).

Dentro de las diversas funciones ejecutivas, se considera que específicamente la toma de decisiones podría estar facilitando el mantenimiento de los episodios de atracón (Danner et al., 2012).

Así, en la literatura previa se encuentran algunos estudios que evalúan la toma de decisiones en pacientes con diagnóstico de TA. Los hallazgos apoyan la hipótesis de que dichos pacientes muestran un sesgo al preferir elecciones que implican recompensas inmediatas pero desventajosas (Aloi et al., 2015; Aloi et al., 2018; Blume et al., 2019; Danner 2012), lo que posiciona la toma de decisiones como un factor importante para tener en cuenta en la elaboración de estrategias de intervención y prevención del desarrollo del TA.

Así mismo, personas con sintomatología de TA (que no cumplen con todos los criterios diagnósticos acordes a este trastorno; STA), aun cuando, la prevalencia de síntomas es mayor que la de diagnóstico de TA (Ávila y Jáuregui, 2015); escasamente son abordadas en las investigaciones, pese a que llegan a experimentar afectaciones en su calidad de vida de manera similar que los pacientes con TA (Mangweth-Matzek et al., 2014).

Se identificaron dos estudios que han buscado la existencia de dicho sesgo en personas con sintomatología de TA, cuyos resultados son contradictorios y limitados. En uno se comparó entre mujeres de 25 a 45 años, con sintomatología y mujeres sin sintomatología de TA que cursaban con obesidad y normopeso respectivamente. Los resultados mostraron que no había diferencias entre los grupos (Davis et al., 2010); mientras que en la otra investigación se comparó entre adultos (en su mayoría mujeres) con obesidad y sintomatología moderada y

grave de TA y, personas con obesidad y sin sintomatología de TA. Los hallazgos indicaron que sí había diferencias, y que eran las mujeres con sintomatología de TA las que presentaban un peor puntaje en TD (Córdova et al., 2017).

Esto implica, por un lado, que la información disponible es poca y hasta ahora no se comprende el papel de la TD en la sintomatología de TA. Por otra parte, se observa la existencia de diversas variables que no se han controlado de manera adecuada como son la edad, ya que la TD puede ser muy sensible a diferentes etapas del desarrollo (Anderson et al., 2008); el peso, puesto que normalmente los grupos con TA o con sintomatología de las investigaciones presentan obesidad, más cuando la literatura menciona que la sintomatología de TA, y el trastorno en sí mismo pueden estar presente en diferentes categorías de peso (Hay, 2020); y el sexo, ya que los estudios presentados en su mayoría se centran en la evaluación de mujeres y dejan de lado a los hombres, aunque se sabe que el TA suele ser el TCA con mayor prevalencia en los varones (Mitchison y Mond, 2015).

De esta manera, con sustento en la información expuesta, es preciso continuar investigando y así conocer el comportamiento de este fenómeno, y en conjunto tener un entendimiento más amplio sobre las afectaciones en TD en esta población y discriminar si los resultados obtenidos se deben a la sintomatología de trastorno de atracones *per se* o bien, a la falta de control de las variables extrañas que pudiesen estar interviniendo.

Por consiguiente, esta investigación se propone en atención a la necesidad de conocer si la TD de personas que refieren presentar solo algunas conductas alimentarias de riesgo características del TA, se encuentra afectada tal como se describe en los pacientes; controlando las variables de edad, la categoría de peso y el sexo.

### **3.1.1. Justificación**

Los resultados de esta investigación permitirán ampliar el entendimiento teórico del fenómeno, ya que, como se mencionó requiere seguir siendo estudiado.

Además, el conocimiento generado beneficiaría tanto a adultos que llegasen a manifestar sintomatología de TA como a las instancias y personal de salud enfocados en el desarrollo e implementación de estrategias de intervención en torno a la problemática de la sintomatología de TA, ya que significaría evidencia que respalde la pertinencia de considerar o no la toma de decisiones como un eje de atención en la creación de medidas de atención y prevención eficaces.

### **3.1.2. Pregunta de Investigación**

¿Existen diferencias entre adultos de 18-30 años con y sin sintomatología de trastorno de atracones respecto a su toma de decisiones, controlando el sexo, la edad y la categoría de peso?

### **3.1.3. Objetivo general**

Identificar si la toma de decisiones es distinta, entre adultos de 18-30 años con y sin sintomatología de trastorno de atracones, controlando el sexo, la edad y la categoría de peso.

### **3.1.4. Objetivos específicos**

Conocer la toma de decisiones de adultos con y sin sintomatología de TA.

Comparar la toma de decisiones de adultos con y sin sintomatología de TA con diferentes categorías de peso.

Contrastar la toma de decisiones de mujeres con y sin sintomatología de TA.

Contrastar la toma de decisiones de hombres con y sin sintomatología de TA.

## **3.2. Definición de Variables**

### **3.2.1. Sintomatología de trastorno de atracones**

Definición conceptual: Conductas alimentarias alteradas que corresponden a las presentadas por el DSM-V para el diagnóstico de trastorno de atracones y siguiendo el criterio de frecuencia de aparición señalado en el DSM-V (APA, 2013, p. 350)

Definición operacional: Se consideró que un individuo tenía sintomatología de TA si en el instrumento Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QEWPR por sus siglas en inglés; versión adaptada a la población mexicana por López et al., 2011) respondió afirmativamente a al menos a uno, de los siguientes reactivos 1, 2, 3, 4a, 4b, 4c, 4d, 5 y 6 (que indagan sobre presencia de conductas alimentarias propias del TA) y cuyas respuestas fueron negativas en los siguientes reactivos 8,9,10,11, 12 y 13 (ya que estos últimos evalúan la manifestación de conductas compensatorias).

Por su parte, se incluyeron en el grupo sin sintomatología de TA a quienes respondieron de forma negativa a los siguientes reactivos 1, 2, 3, 4a, ab, 4c, 4d, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13, es decir no manifestaron sintomatología de TA ni de conductas compensatorias.

### **3.2.2. Toma de Decisiones**

Definición conceptual: “Es la habilidad para seleccionar la respuesta más ventajosa entre una variedad de posibles elecciones” (Bechara et al., 2000 como se citó en Verdejo-García et al., 2006).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en el Iowa Gambling Task, que se obtiene al realizar la sustracción del total de elecciones de los mazos ventajosos (C+D) menos el total de elecciones de los mazos desventajosos (A+B; Bechara et al., 1994).

### **3.2.3. Categoría de Peso según el IMC**

Definición conceptual: Indicador simple de la relación entre el peso y la talla, por lo que es el resultado de dividir el peso de una persona en Kg entre el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ; OMS, 2021), donde el sobrepeso y la obesidad son la acumulación anormal o excesiva de tejido graso que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2021).

Definición operacional: Conformación de tres grupos de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC) y la clasificación dada por la Organización Mundial de la Salud (s.f.); teniendo entonces el grupo con normopeso (IMC=18.5 - 24.9), con sobrepeso (IMC: 25 .0 – 29.9) y con obesidad (IMC: > o igual a 30)

### **3.2.4. Sexo**

Definición conceptual: Son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer (OMS, 2018).

Definición operacional: Respuesta dada por el participante en el cuestionario sociodemográfico, con relación a su sexo biológico.

### **3.2.5. Edad**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento que se requiera su estimación o hasta su muerte (Rodríguez et al., 2020)

Definición operacional: edad indicada al momento de la evaluación reportada por el participante en el cuestionario sociodemográfico.

## **3.3. Hipótesis**

Considerando los hallazgos obtenidos en población con TA diagnosticado respecto a su toma de decisiones (Aloi et al., 2015, Aloi et al., 2018, Danner et al., 2012, y Blume et al., 2018), y que se ha dicho que dicha población hay similitudes con personas que únicamente

manifiestan algunos síntomas de TA (Mangweth-Matzek et al., 2014) se presentan las siguientes hipótesis.

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre quienes reportan sintomatología de TA y quienes no la experimentan.

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como normal

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como sobrepeso

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como obesidad.

Habrá diferencias en la toma de decisiones de mujeres con sintomatología de atracones y mujeres sin sintomatología de TA.

Habrá diferencias en la toma de decisiones de hombres con sintomatología de atracones y hombres sin sintomatología de TA.

### **3.4. Diseño y Alcance**

El diseño es no experimental pues no se manipularon las variables. Transversal pues la recolección de datos se realizó en un solo momento. Y, de alcance descriptivo pues se busca señalar la posible existencia de diferencias entre grupos (Hernández et al., 2014).

### **3.5. Participantes**

Por medio de un muestreo no probabilístico y accidental inicialmente se evaluó a 1430 participantes con un rango de edad de 17 a 77 años. Considerando el propósito de esta investigación únicamente se incluyeron en el análisis los participantes que cumplieron los siguientes criterios.

### **3.5.1 Criterios de inclusión**

a) Tener entre 18 y 30 años, ya que se ha descrito que en este rango de edad las funciones ejecutivas se observan homogéneas y, particularmente la TD ha alcanzado la madurez (De Luca y Leventer, 2008).

b) Tener un IMC igual o mayor a 18.5, en atención al objetivo de conformar grupos, siguiendo los rangos de la clasificación de peso propuesta por la OMS (normopeso, sobrepeso y obesidad; 2021).

Del total de 1430 participantes evaluados se seleccionó a aquellos que cumplieron los criterios de inclusión, quedando entonces 636 participantes, 397 eran mujeres y 239 hombres. De todos ellos se observó que 466 estuvieron dentro de la categoría de normopeso, 115 en la categoría de sobrepeso y 55 dentro de la categoría de obesidad. Tras dicha selección, únicamente 121 reportaron presentar al menos un síntoma de TA.

Entendiendo que la literatura previa muestra que el TA es más frecuente en mujeres que en los hombres (Erskine y Whiteford, 2018); que en investigaciones previas se ha contrastado indistintamente a hombres y mujeres con y sin TA (Aloi et al, 2018 y Blume et al, 2018) pese a que consistentemente se han encontrado diferencias en la TD entre ellos (Flores-Torres et al., 2019); e igualmente que se ha sugerido de la TD puede cambiar según el IMC de las personas, aun cuando no cursen con algún diagnóstico de TCA (Mendoza, 2022); de los 121 participantes se logró emparejar a 78 considerando su sexo y categoría de peso, con participantes que reportaron no tener sintomatología de TA.

De esta manera, el total de la muestra con la que se realizaron los análisis fue de 156 participantes con y sin sintomatología de TA, estructurados en seis grupos cuyas características se exponen en la Tabla 2.

**Tabla 2***Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.*

	GRUPOS					
	NP	NP + STA	SP	SP + STA	OB	OB + STA
	<i>n</i> =26					
	<i>M</i> ( <i>DE</i> )					
Edad	23.23 (3.61)	25.31 (2.65)	23.81 (4.07)	23.08 (3.52)	24.38 (3.69)	23.62 (3.33)
IMC	22.05 (1.66)	22.73 (1.52)	26.66 (1.19)	27.06 (1.47)	33.60 (2.76)	33.35 (3.40)
	<i>n</i> (%)					
Sexo <sup>a</sup>						
Nivel Educativo						
Primaria	0	0	0	0	0	0
Secundaria	0	0	1 (3.84)	1 (3.84)	0	0
Preparatoria	8 (30.76)	3 (11.53)	8 (30.76)	7 (26.92)	4 (15.38)	8 (30.76)
Licenciatura	16 (61.53)	21 (80.76)	16 (61.53)	16 (61.53)	22 (84.61)	16 (61.53)
Posgrado	2(7.69)	2 (7.69)	1 (3.84)	2 (7.69)	0	2 (7.69)
Depresión						
Mínima	26 (100)	24 (92.30)	23 (88.46)	15 (57.69)	20 (76.92)	22 (84.61)
Ligera	0	2 (7.69)	1 (3.84)	7 (26.92)	2 (7.69)	1 (3.84)
Moderada	0	0	1 (3.84)	3 (11.53)	4 (15.38)	1 (3.84)
Severa	0	0	1 (3.84)	1 (3.84)	0	2 (7.69)
Ansiedad rasgo						
Bajo	6 (23.07)	9 (34.61)	5 (19.23)	3 (11.53)	3 (11.53)	1 (3.84)
Medio	15 (57.69)	10 (38.46)	9 (34.61)	9 (34.91)	16 (61.53)	17 (65.38)
Alto	5 (19.23)	7 (26.92)	12 (46.15)	14 (53.84)	7 (26.92)	8 (30.76)

*Nota: NP= Normopeso, STA= sintomatología de trastorno de atracones, SP= sobrepeso, OB= obesidad, M= media, DE= desviación estándar,*

*Sexo <sup>a</sup>= Cada grupo se conformó por 14 mujeres y 12 hombres.*

### **3.6. Cuestionario, Tarea e Instrumento**

#### **3.6.1. Cuestionario de Datos Sociodemográficos**

Cuestionario desarrollado con la finalidad de indagar información que permitiera caracterizar la muestra del estudio. Se recolectaron datos de identificación como la edad, sexo, último grado de estudios, así como el autorreporte de peso y talla, con los que se calculó el IMC, ya que se considera una medida precisa para la identificación de sobrepeso y obesidad en adultos (Dekkers et al., 2008).

#### **3.6.2. Iowa Gambling Task (IGT)**

Esta tarea neuropsicológica es utilizada para la evaluación del proceso de toma de decisiones en la vida real, pues simula la incertidumbre relacionada con la elección que se efectuará y que conduce a la obtención de una recompensa o castigo (Bechara et al., 1994), por lo tanto, el IGT permite inferir el nivel de toma de decisiones de una persona (Bechara et al., 2007 como se citó en Buelow y Surh, 2009).

De acuerdo con Buelow y Surh (2009) el IGT posibilita la evaluación de la toma de decisiones (en referencia a procesamiento afectivo) desde la perspectiva de la hipótesis de los marcadores somáticos.

Se conforma por cuatro mazos de cartas (A, B, C y D) que son idénticos en tamaño y apariencia, los cuales semejan un juego de apuestas: además de un total de \$2000 de dinero ficticio que se entrega antes de iniciar la tarea (Bechara et al., 1994).

Al participante se le presentan los cuatro mazos, de los cuales debe seleccionar una carta por vez (de cualquiera de los mazos) hasta acumular un total de 100 elecciones. El objetivo es maximizar la cantidad de dinero ficticio que se le dio previamente (Bechara et al., 1994).

Cuando selecciona una carta de algún mazo podrá recibir o perder dinero. Si se gira una carta de los mazos A o B se puede alcanzar una ganancia de \$100 (Bechara et al., 1994), generando a corto plazo altas recompensas, aunque estos mazos se caracterizan por ser desventajosos pues el mazo A tiene reiteradas pérdidas de dinero programadas cuya magnitud es pequeña en comparación con el mazo B, mientras que el mazo B tiene en menor frecuencia programadas las pérdidas de dinero, pero su magnitud de pérdida es mayor en comparación con el mazo A (Bechara et al., 1994).

Mientras que al elegir cartas de los mazos C o D se puede acceder a ganancias de \$50, obteniendo así pequeñas ganancias a corto plazo, sin embargo, se les considera ventajosos a largo plazo pues la frecuencia de aparición de penalizaciones de dinero es menor; ya que el mazo C tiene pérdidas de dinero establecidas con mayor frecuencia pero la magnitud de estas es baja y, el mazo D tiene pérdidas de dinero menos frecuentes, aunque de mayor magnitud en comparación con el mazo C (Bechara et al., 1994)

El IGT permite obtener un puntaje total que se calcula mediante una sustracción, del total de elecciones de los mazos ventajosos (C+D) menos el total de elecciones de los mazos desventajosos (A+D). Un puntaje total debajo de cero se traduce como una toma de decisiones desventajosa mientras que por arriba de cero se considera ventajosa (Bechara et al., 2000b).

En esta investigación el IGT se aplicó de manera virtual, siguiendo el procedimiento basado en la versión propuesta por Bechara et al., de 1994, en *Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex*, mediante el programa *Inquisit Web*, del software *Millisecond*.

### **3.6.3. Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QWEP-R por sus siglas en inglés)**

El cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso revisado fue desarrollado por Spitzer et al., (1993) y adaptado a la población mexicana por López et al., en 2011. Evalúa la presencia de sintomatología relativa a los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV para el TA.

Entre los propósitos del QEWP-R se encuentran la identificación de frecuencia y duración del atracón alimentario, uso de métodos para controlar el peso, ansiedad relacionada con el atracón alimentario, presencia de indicadores conductuales de pérdida de control y presencia o ausencia de conductas compensatorias tales como inducción del vómito, ejercicio excesivo, uso de pastillas para bajar de peso, diuréticos o laxantes y la diferenciación entre quienes manifiestan conductas de riesgo ya sea para TA o para BN (López et al., 2011).

Se compone de trece reactivos de los cuales nueve tienen opción de respuesta dicotómica y cuatro son de opción múltiple (López et al., 2011). Cabe mencionar que aquellos reactivos que evalúan la práctica de métodos para controlar el peso desprenden una pregunta sobre la frecuencia con la que los llevan a cabo con opción de respuesta múltiple (Anexo 1).

Se ha considerado que el QEWP-R es un instrumento adecuado para realizar el tamizaje de sintomatología de TA y BN en estudiantes, es capaz de identificar en un 83% a personas diagnosticadas con TCA y al 72.5% de personas sin TCA, particularmente el TA y la BN (López et al, 2011).

Entre sus propiedades psicométricas se encuentra un adecuado nivel de consistencia interna ( $\alpha = 0.71$ ); una estructura factorial conformada por los factores de conductas compensatorias y de atracón alimentario (López et al., 2008); validez de tipo discriminante mediante la correlación del índice Kappa y personas diagnosticadas con y sin TA con base en la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios donde se obtuvo un coeficiente

positivo y alto ( $K = .60$ ,  $p \leq .0001$ ); validez de tipo convergente, pues se encontró asociación entre los indicadores de atracón (.54), sentimientos negativos posteriores al atracón (.65) y conductas compensatorias (.53) del Cuestionario de Bulimia (BULIT) en su versión para población mexicana, bajo el coeficiente de correlación ETA (López et al., 2011).

La aplicación del QEWP-R tuvo el propósito de identificar a aquellas personas que presentaran sintomatología relacionada al TA, cabe mencionar que para la presente investigación la manifestación de los síntomas se preguntó únicamente dentro de los pasados 3 meses, tiempo que es consistente con el criterio de duración para dicho trastorno en el DSM-V (APA, 2013).

Con la finalidad de realizar una caracterización clínica de la muestra, respecto al el nivel de depresión y ansiedad que presentan las personas con sintomatología de trastorno de atracones en atención a que los trastornos de ansiedad y de depresión, pues son comorbilidades que se observan en pacientes con TA (APA, 2013), se aplicó tanto el Inventario de Depresión de Beck como la escala A-Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

#### **3.6.4. Inventario de Depresión de Beck**

Es una medida de autorreporte, que valora la severidad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos. Se compone de veintiún reactivos (ver Anexo 3). La versión II contempla los criterios diagnósticos somáticos para trastornos depresivos que se detallan en el DSM-IV y en el DSM-V (Sanz, 2013 y APA, 2013) así como síntomas cognitivos relativos a la depresión (González et al., 2015).

La suma total del inventario alcanza los 63 puntos como máximo, se clasifica de acuerdo con el puntaje obtenido; así un rango de 0 a 9 es mínimamente deprimidos, de 10 a

16 es ligeramente deprimidos, de 17 a 29 moderadamente deprimidos y finalmente un total mayor o igual que 30 es severamente deprimidos (Aloi et al., 2015).

González et al., (2015) señalan una adecuada consistencia interna ( $\alpha=.87$ ) en una muestra comunitaria con un rango de edad de 16 a 70 años y una estructura de tres factores (actitud negativa, dificultades de rendimiento y elementos somáticos) de acuerdo con el modelo de Osman et al. (1997), mediante un Análisis Factorial Confirmatorio.

### **3.6.5. *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)***

El inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) fue desarrollado por Spielberger y Díaz-Guerrero en 1975, como la versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory; Silva et al., 2016). Se conforma de dos escalas de autoevaluación y cada una mide una dimensión diferente de la ansiedad (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

La escala A-Estado “es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), de modo que los evaluados responden como se sienten en un momento determinado. Veinte reactivos son los que constituyen esta escala (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

La Escala A-Rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), por lo que los evaluados deberán describir como se sienten generalmente, y se compone de veinte reactivos (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) con opciones de respuesta escala Likert con relación a la frecuencia (Ver Anexo 2).

Se considera que la escala A-Rasgo tiene confiabilidad test-retest alta, (de .73 a .86 con un intervalo de tiempo de 104 días) además de alta consistencia interna (de .86 a .92;

Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) además de tener validez de tipo concurrente con medidas de evaluación como Escala de Ansiedad IPAT, la Escala de Ansiedad Manifiesta (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

### **3.7. Procedimiento**

Se programó la batería de evaluación en Inquisit Web que es un producto del Software Millisecond que proporciona el uso bajo licencia de pruebas psicológicas utilizadas en el ámbito de psicología clínica, cognitiva, neurociencias, entre otros (Millisecond Software, s.f.). Se incluyó el consentimiento informado desarrollado en apego a los principios éticos de participación voluntaria y gestión de datos confidenciales contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2017), el cuestionario sociodemográfico, el Iowa Gambling Task, el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QEWP-R por sus siglas en inglés), el Inventario de Depresión de Beck (IDB por sus siglas en inglés), y la subescala rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Posteriormente se invitó a participar a estudiantes universitarios mediante la red social Facebook, o bien en sus salones de clases en los horarios en que los profesores permitieron realizarlo. Quienes aceptaron participar, podían responder la batería de evaluación dentro de aulas de cómputo asignadas por la Facultad de Psicología o igualmente se les brindó la opción de responderlas vía remota, enviándoseles entonces la dirección electrónica de la plataforma por correo electrónico para que pudieran responderla en alguna computadora que tuviesen disponible. Así mismo, se les otorgaron créditos extra a los participantes que remitieron a otras personas a tomar parte en la investigación.

El tiempo aproximado para completar la evaluación fue de 30 minutos aproximadamente y una vez que los participantes completaron la batería se les dirigió a un sitio web en el que se les dio acceso a tópicos para cuidar su salud (Laboratorio de Salud y Alimentación de la Facultad de Psicología de la UNAM, 2019).

Los datos fueron recolectados de agosto de 2019 a agosto de 2020, consecuentemente se conformó la base de datos en el Software estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25.

### **3.8. Análisis Estadísticos**

Mediante estadística descriptiva se obtuvieron las características sociodemográficas y clínicas de cada grupo. Posteriormente se analizó si la variable, Toma de decisiones, dada por el puntaje total obtenido en el IGT, cumplió los supuestos de la estadística paramétrica, que comprenden el nivel de medición (intervalar o de razón), distribución normal (evaluada por medio de los coeficientes de asimetría y curtosis) y homogeneidad de varianzas.

Para probar la hipótesis de diferencias entre personas con sintomatología de TA se aplicó el análisis t de Student para muestras independientes; por otra parte, para probar diferencias entre los seis grupos respecto a su toma de decisiones considerando la presencia o ausencia de sintomatología de TA y el IMC de los participantes se aplicó un ANOVA de un factor.

Posteriormente para comprobar la hipótesis de diferencias entre mujeres con y sin sintomatología respecto a la TD se aplicó el análisis de t de Student para muestras independientes, mientras para evaluar la hipótesis de diferencias entre hombres con y sin sintomatología en relación con la variable TD se aplicó la prueba *U* de Man-Whitney.

## Capítulo 3

### Resultados

#### 4.1. Diferencias entre el grupo con sintomatología y sin sintomatología

Del total de participantes incluidos para los análisis en esta investigación, inicialmente se comparó la TD de aquellos con sintomatología de TA contra aquellos sin sintomatología de TA. En primera instancia se evaluaron los supuestos de estadística paramétrica (distribución normal, homogeneidad de varianzas y medición intervalar de la variable).

Cabe señalar que, en este estudio, el rango de -3 a +3 en los coeficientes de asimetría y curtosis fue el que se permitió para evaluar la distribución como normal.

**Tabla 3**

*Verificación de supuestos de estadística paramétrica entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología de trastorno de atracciones.*

Variable de estudio	Prueba de Levene			
	Asimetría	Curtosis	F	Sig.
Toma de decisiones <sup>a</sup>				
Con sintomatología de TA	-0.741	1.511	.915	.340
Sin sintomatología de TA	-0.944	2.742		

*Nota: <sup>a</sup>Se considera el puntaje total obtenido en la tarea IGT, cuyo nivel de medición es intervalar.*

De acuerdo con la Tabla 3, se observa que se cumplen los supuestos estadística paramétrica. Consecuentemente se aplicó el análisis t de Student para muestras independientes, el nivel de significancia considerado fue  $p < 0.05$ . (Ver Tabla 4). Los resultados indican que la TD de adultos que refieren experimentar, cuando menos, un síntoma propio del TA no es distinta a la de adultos que refieren no padecer sintomatología de

TA. Por lo que se rechaza la hipótesis que enuncia: habrá diferencias en la toma de decisiones entre quienes reportan sintomatología de TA y quienes no la experimentan.

**Tabla 4**

*Comparación entre la toma de decisiones de adultos con y sin sintomatología de trastorno de atracones.*

	Prueba t de Student					
	Media	DE	t	Sig.	95% IC	
					LI	LS
Con sintomatología de TA	-2.37	21.31	.501	.617	-4.798	8.054
Sin sintomatología de TA	-4.00	19.26				

*Nota: IC= intervalos de confianza, DE= desviación estándar, LI= límite inferior, LS=límite superior, TA=trastorno de atracones.*

#### **4.2. Diferencias entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología emparejados por categoría de peso**

Con el objetivo de comparar la TD entre los participantes con sintomatología y sin sintomatología de TA pero, segmentados por categoría de peso, se conformaron seis grupos: 1) sin sintomatología de TA con normopeso (NP), 2) con sintomatología de TA con normopeso (STA+NP), 3) sin sintomatología de con sobrepeso (SP), 4) con sintomatología de TA con sobrepeso (STA+SP), 5) sin sintomatología de TA con obesidad (OB) y 6) con sintomatología de TA con obesidad (STA+OB).

Inicialmente, se verificó que la variable toma de decisiones (TD) cumpliera con los supuestos de estadística paramétrica (medición intervalar, distribución normal y homogeneidad de varianzas).

Como se observa en la Tabla 5, la variable TD tuvo distribución normal en todos los grupos, e igualmente se observó homogeneidad de varianzas entre los mismos.

**Tabla 5**

*Verificación de los supuestos de estadística paramétrica entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología de acuerdo con la categoría de peso*

Variable de estudio	Prueba de Levene			
	Asimetría	Curtosis	F	Sig.
Toma de decisiones <sup>a</sup>				
NP	.251	-1.028		
NP + STA	-.427	-.072		
SP	-1.382	1.864	1.065	.382
SP + STA	-1.348	2.930		
OB	.233	-.033		
OB + STA	.052	.731		

*Nota: <sup>a</sup>Se considera el puntaje total obtenido en la tarea IGT, cuyo nivel de medición es intervalar, NP= normopeso, SP= sobrepeso, OB= obesidad, STA= sintomatología de trastorno de atracones.*

Así, considerando que los datos cumplen los supuestos de la estadística paramétrica, se realizó un análisis de varianza de una vía. Los resultados muestran que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la TD entre los diferentes grupos conformados por categoría de peso y la presencia o ausencia de STA (ver Tabla 6).

De modo que se rechazan las siguientes hipótesis:

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como normal.

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como sobrepeso.

Habrá diferencias en la toma de decisiones entre adultos con y sin sintomatología cuyo IMC se clasifica como obesidad.

**Tabla 6**

*Toma de decisiones en adultos según sintomatología de trastorno de atracones por categoría de peso*

	ANOVA					
	Media	DE	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
NP	-1.31	13.084				
NP + STA	1.46	18.690	5	560,899	1.383	.234
SP	-10.85	23.421				
SP + STA	-2.00	24.800	150	405,634		
OB	.15	18.676				
OB + STA	-6.58	20.024				

*Nota: DE=desviación estándar, gl= grados de libertad, NP= normopeso,*

*STA=sintomatología de trastorno de atracones, SP= sobrepeso, OB=obesidad.*

#### **4.3. Diferencias entre adultos con sintomatología y sin sintomatología de trastorno de atracones por sexo.**

Siguiendo el objetivo de la investigación y considerando que se ha detallado que la toma de decisiones entre hombres y mujeres es distinta (Flores-Torres et al., 2019) se redistribuyeron los participantes para conformar cuatro grupos 1) mujeres sin sintomatología de TA, 2) mujeres con sintomatología de TA, 3) hombres sin sintomatología de TA y 4) hombres sin sintomatología de TA.

Con ello, se precisa que la investigación no tuvo como propósito buscar diferencias entre mujeres y hombres respecto a su toma de decisiones, sino en torno a las diferencias en TD de adultos con y sin sintomatología de TA de acuerdo con el sexo.

### **4.3.1. Diferencias entre mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.**

Para conocer si hay diferencias entre mujeres con y sin sintomatología de TA respecto a su TD, se tuvo un total de 84 mujeres, de las cuales 42 tenían sintomatología y 42 reportaron no tenerla.

La media de edad fue de 22.71 años, en mujeres sin sintomatología; y en mujeres con sintomatología una media de 24.90 años.

En primera instancia se probaron los supuestos de estadística paramétrica (ver Tabla 7). Toda vez que éstos se cumplieron, se aplicó el análisis t de Student para medias independientes. El nivel de significancia considerado fue  $p < 0.05$ .

#### **Tabla 7**

*Verificación de los supuestos de estadística paramétrica en mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones*

Variable de estudio	Prueba de Levene			
	Asimetría	Curtosis	F	Sig.
Toma de decisiones <sup>a</sup>				
Mujeres con STA	-.181	.334	1.106	.296
Mujeres sin STA	.166	-.084		

*Nota: <sup>a</sup> Se considera el puntaje total obtenido en la tarea IGT, cuyo nivel de medición es intervalar, STA= sintomatología de Trastorno de Atracones.*

Dados los resultados del análisis t de Student para muestras independientes, se señala que la toma de decisiones de mujeres con sintomatología de TA no es distinta de aquellas mujeres sin dichos síntomas (ver Tabla 8). Por lo que no se cumple la siguiente hipótesis: habrá diferencias en la toma de decisiones de mujeres con sintomatología de atracones y mujeres sin sintomatología de TA.

**Tabla 8**

*Comparación entre la toma de decisiones de mujeres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.*

	Prueba t de Student					
	Media	DE	t	Sig.	95% IC	
					LI	LS
Mujeres con STA	2.67	15.578	-1.481	.142	-12.721	1.864
Mujeres sin STA	-2.76	17.937				

*Nota: IC= intervalos de confianza, DE= desviación estándar, LI= límite inferior, LS=límite superior, TA=trastorno de atracones.*

#### **4.3.2. Diferencias entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.**

Con relación a conocer si hay diferencias entre hombres con y sin sintomatología de TA respecto a su TD, se tuvo un total de 72 hombres, de los cuales 36 tenían síntomas de TA (media de edad de 22.94 años) y 36 informaron no tenerlos (media de edad de 25.08 años).

Para comenzar se probaron los supuestos de la estadística paramétrica, se observó que la variable TD tenía medición intervalar y homogeneidad de varianzas, sin embargo, no tuvo distribución normal (ver Tabla 9).

**Tabla 9**

*Verificación de los supuestos de estadística paramétrica entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones*

Variable de estudio	Prueba de Levene			
	Asimetría	Curtosis	F	Sig.
Toma de decisiones <sup>a</sup>				
Hombres con STA	-.475	.721	2.076	.154
Hombres sin STA	-1.753	4.038		

*Nota: <sup>a</sup>Se considera el puntaje total obtenido en la tarea IGT, cuyo nivel de medición es intervalar, STA= sintomatología de Trastorno de Atracones.*

Por lo anterior, se analizó la toma de decisiones de hombres con y sin sintomatología de TA mediante estadística no paramétrica, específicamente con el análisis *U* de Mann-Whitney, cuyos resultados (ver Tabla 10) expresan que la TD en hombres con y sin sintomatología de TA no es distinta, así la hipótesis que enuncia: habrá diferencias en la toma de decisiones de hombres con sintomatología de atracones y hombres sin sintomatología de TA, no se cumple y por lo tanto se rechaza.

**Tabla 10**

*Comparación de la toma de decisiones entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones*

	Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney		
	Mediana	<i>U</i>	Sig.
Hombres	-2	538.500	.467
Hombres + STA	-9		

*Nota: IC= intervalos de confianza, DE= desviación estándar, LI= límite inferior, LS= límite superior, STA= sintomatología de trastorno de atracones,  $p < 0.05$ .*

## **Capítulo 4**

### **Discusión**

Desde el marco cognitivo se ha sugerido que la toma de decisiones desventajosa podría ser facilitadora del desarrollo y mantenimiento de los episodios de atracón en el Trastorno de Atracónes (Danner et al., 2012), sin embargo, la información es difusa, y escasa en personas con sintomatología del trastorno de atracones, lo cual limita la comprensión del papel de la toma de decisiones en este trastorno de la conducta alimentaria.

Así pues, la presente investigación tuvo como propósito conocer si la toma de decisiones de adultos de entre 18 y 30 años que reportaron tener sintomatología de TA es distinta en comparación con la toma de decisiones de adultos con el mismo rango de edad sin sintomatología, controlando variables como la edad, la categoría de peso obtenida mediante el IMC, y el sexo.

Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QEWP-R) para la identificación por autorreporte de conductas propias del TA ya que se encuentra adaptado a población mexicana, además se utilizó el Iowa Gambling Task (IGT) para evaluar la toma de decisiones bajo el contexto de incertidumbre, en la muestra.

Con respecto a las diferencias entre el grupo con sintomatología y sin sintomatología, se señala que ésta es similar. Por lo que se rechaza la hipótesis sobre la existencia de diferencias en la TD entre estos grupos.

Este hallazgo se contrapone al de Córdova et al., (2017), el cual es el único estudio que ha indagado el perfil cognitivo (en el que incluyen la TD) en adultos tanto hombres como mujeres con sintomatología de TA moderada y grave, aspecto que resulta importante ya que en el presente estudio la sintomatología reportada por la muestra en su mayoría fue poca.

Así mismo, con relación a las diferencias entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología emparejados por categorías de peso, se tuvieron seis grupos: a) adultos con normopeso, b) adultos con normopeso y sintomatología de trastorno de atracones, c) adultos con sobrepeso, d) adultos con sobrepeso y sintomatología de trastorno de atracones, e) adultos con obesidad, y f) adultos con obesidad y sintomatología de trastorno de atracones.

Los resultados mostraron que la toma de decisiones en adultos de entre 18 y 30 años con normopeso, sobrepeso y obesidad con y sin sintomatología de TA no es distinta.

Este hallazgo es congruente con los resultados obtenidos por Davis et al. (2010), quienes evaluaron a mujeres con sintomatología de TA, y señalaron no hay diferencias en la toma de decisiones de mujeres con obesidad y con episodios de atracones respecto a mujeres con, normopeso y mujeres con obesidad, que no manifestaron síntomas de TA.

Sin embargo, se contrapone a los resultados obtenidos por Córdova et al. (2017), quienes igualmente evaluaron a adultos con sintomatología de TA de tipo moderada o grave, pues ellos refieren que la toma de decisiones sí es distinta en adultos con síntomas de TA y obesidad, al ser comparada con la de adultos sin síntomas de dicho trastorno y con obesidad. Aunque se recalca que en dicha investigación (Córdova et al., 2017) se encontró diferencias sólo con aquellos que presentaban sintomatología grave de TA.

Cabe mencionar, que si bien, dos estudios previos habían indagado en torno a diferencias entre personas con y sin sintomatología de TA éstos, tenían resultados contradictorios, pero, además en ninguno de ellos se habían conformado grupos emparejados, como se realizó en esta investigación, por lo que los resultados previos no permiten discernir si la posible alteración en TD se debía al TA (sintomatología o el trastorno propiamente diagnosticado), o al IMC de los participantes evaluados. De esta manera, esta investigación permitió observar la TD de adultos con síntomas de TA con diferente categoría de peso, y con base en los resultados se aportó al escaso conocimiento de este fenómeno.

Igualmente, es importante recalcar que la similitud en TD de los grupos evaluados, se podría relacionar a que las y los participantes reportaron pocos síntomas de TA. Por medio del Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso Revisado (QEWP-R) era posible que los participantes informaran la manifestación de hasta nueve síntomas de TA; la muestra incluida en este estudio en su mayoría reporto tener de 1-2.

En torno a las diferencias entre los grupos con sintomatología y sin sintomatología divididos por sexo, se comparó la toma de decisiones de mujeres con y sin sintomatología, bajo la hipótesis que habría diferencias en la toma de decisiones de mujeres con sintomatología de atracones y mujeres sin sintomatología de TA.

A la luz de los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico *t* de Student para muestras independientes, se rechaza la hipótesis de diferencias entre mujeres con y sin síntomas de TA respecto a su toma de decisiones, y se establece que ésta es similar.

Este resultado es congruente con los presentados por Davis et al. (2010), pero se contrapone a los descritos por Danner et al. (2012) y Aloï et al. (2015), puesto que al evaluar a mujeres con diagnóstico de trastorno de atracones identificaron que existe un sesgo por elecciones de riesgo, que las lleva a tomar menos decisiones ventajosas en comparación con mujeres sin la manifestación de alguna patología alimentaria.

Finalmente, se tuvo como objetivo contrastar la toma de decisiones de hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones.

Considerando los datos analizados mediante la Prueba *U* de Mann-Whitney se rechaza la hipótesis de diferencias entre hombres con y sin sintomatología de trastorno de atracones respecto a la toma de decisiones, y se puede decir que hombres adultos con al menos un síntoma de trastorno de atracones no exhiben una peor toma de decisiones que aquellos hombres sin los síntomas.

Se destaca que la presente investigación, es la primera en evaluar la toma de decisiones en varones con sintomatología de trastorno de atracones, ya que no se encontraron antecedentes en la literatura al respecto, pues es frecuente que en torno a la problemática de trastornos de la conducta alimentaria se enfoque en la evaluación de mujeres (Jiménez, 2017) y no es la excepción en el TA.

Con fundamento en los resultados obtenidos en la presente investigación, se encontró que la toma de decisiones de adultos que manifiestan al menos un síntoma relativo al trastorno de atracones (p.ej. episodios de atracón, pérdida de control durante el atracón, sentimientos de malestar consigo mismo debido a episodio de atracón, comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse incómodamente lleno, comer grandes cantidades de alimento sin sentir hambre y/o comer a solas por vergüenza debido a la cantidad de alimentos que se ingieren) en un periodo de tres meses, no es distinta a la de aquellos adultos que no presentan tales síntomas, independientemente de su categoría de peso, y el sexo al que pertenecen.

Lo anterior podría deberse a distintos aspectos.

Como primer punto, es posible que el sesgo reportado en toma de decisiones dentro del TA se presente únicamente en población con síntomas severos del padecimiento, así como en pacientes con TA, tal como lo señalan Córdova et al. (2017). Ya que la muestra de este estudio se conformó por participantes que reportaron mayoritariamente de 1 a dos síntomas en los pasados tres meses. De hecho, Danner et al. (2012), refieren que la severidad de síntomas de trastorno de atracones tiene una correlación baja negativa con la toma de decisiones, siendo que a mayor severidad de los síntomas menor será la puntuación total en el Iowa Gambling Task, aunque Dingemans et al. (2019), no identificaron dicha relación, aspectos que apuntan la necesidad de continuar realizando investigaciones al respecto.

Como segundo punto importante, se considera que los sesgos en TD descritos en la literatura previa podrían estar siendo muy específicos para determinada población que

padece el TA. Puesto que se identifican características en común en las muestras que estudios anteriores han evaluado, por un lado, a menudo se evalúa a pacientes en tratamiento ambulatorio en atención al padecimiento del TA (Aloi et al, 2015; Aloi et al., 2018; Blume et al., 2018; Danner et al., 2012; Dingemans et al., 2019). Este aspecto resulta significativo, ya que, se ha visto que cuando se busca tratamiento para los episodios de atracones, han pasado varios años de que éstos comenzaron a practicarse, por lo que, la psicopatología es de mayor grado (Kittel et al., 2017). Teniendo entonces personas de mayor edad, mientras que aquellos que no buscan atención para el TA, se dice, son más jóvenes y en menor medida presentan obesidad (Dingemans et al., 2012), aspectos que se ha visto tienen un impacto a nivel cognitivo (Carvalho et al., 2012; Mendoza, 2022).

Como ya se mencionó, los pacientes diagnosticados con TA evaluados en las investigaciones previas (Aloi et al., 2015; Aloi et al., 2018; Blume et al., 2019; Danner et al., 2012; Dingemans et al., 2019) se caracterizan por tener un índice de masa corporal superior a  $35.2 \text{ kg/m}^2$ , incluso en estudios que evaluaron a adultos con sintomatología de TA (Davis et al., 2010; Córdova et al., 2017) el IMC reportado es mayor a  $35.7 \text{ kg/m}^2$ , lo que corresponde a obesidad grado II (OMS s.f., como se citó en Moreno, 2012). En tanto que la media de IMC estimada para los grupos que presentan obesidad (con y sin sintomatología), evaluados dentro de esta investigación fueron de  $33.60 \text{ kg/m}^2$  y  $33.35 \text{ kg/m}^2$  respectivamente, lo que corresponde a obesidad grado I (OMS s.f., como se citó en Moreno, 2012). Así, una hipótesis que surge es que las deficiencias encontradas en TD, tanto en pacientes con TA como en personas con sintomatología de TA, estén asociadas a un IMC muy alto y, por lo tanto, una conjunción de síntomas graves de TA y un IMC alto se asocien a la TD desventajosa; proposición que es congruente con la información documentada por Danner et al. (2012), pues detallan que adultos con un alto IMC muestran una peor TD. En atención a esta condición es imperante detallar el perfil cognitivo de pacientes con TA que no presentan

sobrepeso u obesidad, y así saber si están presentando deficiencias o sesgos en funciones ejecutivas en este caso, la toma de decisiones, que han sido observados en estudios previos.

Como tercer punto, es posible que los instrumentos que evalúan la presencia de síntomas de TA bajo el formato de autoinforme podrían estar conduciendo a las discrepancias existentes en la literatura en torno a la TD y el TA (Danner et al., 2012), si bien un episodio de atracón se refiere a la ingesta de alimentos que es inequívocamente superior a la que la mayoría de las personas consumiría en circunstancias parecidas en un tiempo menor a dos horas aunado a la sensación de pérdida de control (APA, 2013), es posible que las personas tengan dificultad de reconocer objetivamente un episodio de atracones y lo que este implica.

De este modo el autorreporte de la conducta alimentaria característica de TA podría estar sujeta a la percepción personal respecto a la cantidad de comida que se consideraría estaría dentro de un episodio de atracón, por ello se identifica necesario reevaluar la pertinencia del uso de instrumentos como el QEWP-R, con el propósito de mitigar la ambigüedad que pudiese presentarse al aplicarlo como medida de tamizaje e incluso contar con medidas de evaluación de sintomatología de TA que incluyan la examinación de conductas, emociones, o pensamientos característicos de dicho trastorno.

## **Limitaciones y sugerencias**

Dentro de esta investigación se presentaron algunas limitantes, una de estas fue que para la evaluación del sobre peso y la obesidad se utilizó el IMC que se basó en datos proporcionados por los participantes (peso y talla), y aunque el IMC se usa comúnmente como medida de tamizaje en estudios poblacionales y epidemiológicos, no precisa cuanto del índice corresponde a grasa corporal y grasa magra (Martín del Campo et al., 2015; Suárez-Carmona y Sánchez-Olivier, 2018). Por lo tanto, en futuras investigaciones se sugiere contar con otras medidas antropométricas para el reconocimiento de sobrepeso y obesidad.

También, al evaluar la sintomatología de TA por medio de un cuestionario de autoinforme, es posible que la manifestación de realizar atracones se limite a su propia percepción, de modo que sería complicado identificar un episodio de atracones (tal como se describe en el DSM-V [APA, 2013]) de manera objetiva, ante dicha situación se sugiere necesario, cuando menos revisar, los instrumentos de evaluación para que permitan precisar la certeza con la que verdaderamente se detecta la realización de atracones.

Por otro lado, también se identifica pertinente la realización de investigaciones en hombres, puesto que, como aquí se expuso el conocimiento en torno al impacto del TA en ellos y en su TD prácticamente es nulo, aun cuando sí se reconoce que ellos pueden igualmente padecer TCA.

Así mismo, se sugiere estudiar a población con diferente grado de sintomatología, específicamente sintomatología más severa y diferentes grados de obesidad tipo I, II, II, ya que son aspectos que se observaron, pudieran estar representando un impacto en la TD.

## Capítulo 5

### Conclusiones

Con sustento en los hallazgos de esta investigación, y tras haber cumplido los objetivos planteados inicialmente, se puede concluir lo siguiente:

Los jóvenes de 18 a 30 años que presentan al menos un síntoma de TA (p ej., episodios de atracón, malestar posterior a los atracones, sentimientos de culpa ligados a éstos, comer a solas por vergüenza sobre la forma en que se come, malestar emocional debido a los atracones), no experimentan sesgos en su toma de decisiones que les conduzcan hacia elecciones desventajosas tal como ocurre en adultos con sintomatología de TA que se considera moderada o grave o bien con diagnóstico de TA, independientemente de su categoría de peso y sexo.

Y se propone que los sesgos en TD observados en pacientes con TA como en personas con sintomatología de TA, solo se presenten cuando se ha alcanzado un IMC muy alto y la sintomatología de TA es severa, pues en los participantes de estas investigaciones la sintomatología reportada fue poca y el grado de obesidad observado fue I.

Como fortaleza de este trabajo destaca que se controlaron variables como el peso de los adultos evaluados, ya que fueron emparejados según la categoría de IMC, la edad, y el sexo; también se presenta como la primera investigación en describir la toma de decisiones de hombres que manifestaron sintomatología de TA, en al menos los pasados tres meses. Además, el muestreo se realizó en un ambiente no hospitalario o de tratamiento ambulatorio.

Por lo anterior, se expresa como necesidad continuar desarrollando investigaciones en torno a la población con síntomas TA y toma de decisiones e incluso respecto a funciones

ejecutivas puesto que se ha sugerido son subyacentes a la sintomatología del trastorno (Cury et al., 2020), para un mejor entendimiento de la problemática, y posteriormente generar intervenciones enfocadas a sus necesidades.

## Referencias

- Abraham, S. F., y Beumont, P. J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological medicine*, 12(3), 625–635.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291700055732>
- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., y Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and weight disorders*, 21(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorqui-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J., Fernández-Aranda, F. (2020). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatr* 35, 57–67 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M., De Fazio, P., y Segura-García, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry* 15, 6. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0395-z>
- Aloi, M., Rania, M., De Filippis, R., y Segura-García, C. (2018). Weight and age do not account for a worse executive functioning among BED-obese patients. *Eating and Weight Disorders*, 25, 373-377. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0608-9>
- Alvarado, N., Silva, C. (2014). Funciones ejecutivas y sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3) 189-197. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70022-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70022-6)
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5 ed). Editorial Médica Panamericana.

- Asociación Médica Mundial. (2017). Principios éticos para las investigaciones en seres humanos. [https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres humanos/](https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/)
- Ávila, S., M., y Jáuregui D., J. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and Young people of Nuevo León. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6 (1), 1-12.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.002>
- Badrasawi, M.M., y Zidan, S.J. (2019). Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a cross-sectional study. *J Eat Disord* 7(33).  
<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0263-1>.
- Bechara A., Damasio A. R., Damasio H., Anderson S. W. (1994). *Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. Cognition*, 50, 7-15.  
[https://doi.org/10.1016/0010-0277\(94\)90018-3](https://doi.org/10.1016/0010-0277(94)90018-3)
- Bechara, A. (2011). The somatic marker framework and the neurological basis of decision making. In R. Ebstein, S. G. Shamay-Tsoory, & S. H. Chew (Eds.), *From DNA to social cognition* (p. 159–183). Wiley-Blackwell.  
<https://doi.org/10.1002/9781118101803.ch10>
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., y Damasio, A. R. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 275(5304), 1293–1295.  
<https://doi.org/10.1126/science.275.5304.1293>
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., y Damasio, A. R. (2005). The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends in cognitive sciences*, 9(4), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.02.002>
- Bechara, A., Damasio, H., y Damasio, A. (2000a). Emotion, Decision making and the orbitofrontal. *Cortex.Crerebral Córtex*. 10(3), 295-307.

- Bechara, A., Tranel, D., y Damasio, H. (2000b). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain: a journal of neurology*, 123 (Pt 11), 2189–2202. <https://doi.org/10.1093/brain/123.11.2189>
- Bell, P. F. (2021). Eating disorders. *Magill's Medical Guide* (Online Edition). <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=86194071&lang=es&site=eds-live>
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G., y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6) 483-490.
- Berengüí, Rosendo, Castejón, M. Ángeles, & Torregrosa, M. Soledad. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Blume, M., Schmidt, R., e Hilbert, A. (2019). Executive Functioning in Oesity, Food Addiction, and Binge-Eating Disorder. *Nutrients*, 11(1),54. <https://doi.org/10.3390/nu11010054>
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Buelow, M. T., y Suhr, J. A. (2009). Construct validity of the Iowa Gambling Task. *Neuropsychology Review*, 19(1), 102–114. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9083-4>
- Carr, M., Wiedemann, A., Mcdonald-Gagnon, G. y Potenza, M. (2021). Impulsivity and compulsivity in binge eating disorder: A systematic review of behavioral studies.

*Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 110.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110318>

Carvalho, J., Cardoso, C., Shneider-Bakos, D., Kristensen, C., y Fonseca, R. (2012). The Effect of Age on Decision Making According to the Iowa Gambling Task. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 480-486.

[http://doi:10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38858](http://doi:10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38858)

Cauffman, E., Shulman, E. P., Steinberg, L., Claus, E., Banich, M. T., Graham, S., y Woolard, J. (2010). Age differences in affective decision making as indexed by performance on the Iowa Gambling Task. *Developmental psychology*, 46(1), 193–207.

<https://doi.org/10.1037/a0016128>

Ciszewski, S., Flood, K. E., Proctor, C. J., y Best, L. A. (2020). Exploring the Relationship Between Disordered Eating and Executive Function in a Non-Clinical Sample. *Perceptual and Motor Skills*, 127(6), 1033–

1050. <https://doi.org/10.1177/0031512520937569>

Conti, C., Lanzara, R., Scipioni, M., Iasenza, M., Guagnano, M.T., y Fulcheri, M. (2017). The relationship between binge eating disorder and suicidality: a systematic review. *Front Psychol.* <http://doi.10.3389/fpsyg.2017.02125>

Córdova M., E, Schiavon, C., C., Busnello, F., M., Reppold, C., T. (2017). Nutritional and neuropsychological profile of the executive functions on binge eating disorder in obese adults. *Nutrición Hospitalaria* 34(6), 448-1454. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.1151>

Cuadro, E., y Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.

<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>

Cury, M., Berberian, A., Scarpato, B. S., Kerr-Gaffney, J., Santos, F. H., y Claudino, A. M. (2020). Scrutinizing Domains of Executive Function in Binge Eating Disorder: A

Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 288.

<http://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00288>

Damasio, A.R. (1994). Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain. *Putnam*.

Damasio, A.R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 351, 1413–1420

Danner, U. N., Ouwehand, C., van Haastert, N. L., Hornsveld, H., y de Ridder, D. T. (2012).

Decision-making impairments in women with binge eating disorder in comparison with obese and normal weight women. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 20(1), e56–e62.

<https://doi.org/10.1002/erv.1098>

Davis, C., Patte, K., Curtis, C., y Reid, C. (2010). Immediate pleasures and future

consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity. *Appetite*, 54, 208-213. <https://doi:10.1016/j.appet.2009.11.002>

Davis, L. E., y Attia, E. (2019). Recent advances in therapies for eating disorders.

*F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1693.

<https://doi.org/10.12688/f1000research.19847.1>

De Luca, C. y Leventer, R. J. (2008). Developmental Trajectories of Executive Functions across the Lifespan. En Anderson, v., Jacobs, R. y Anderson, P. J. (Editores).

*Executive Functions and the Frontal Lobes. A Lifespan Perspective* (pp.23-56). Taylor and Francis Group.

Dekkers, J., van Wier, M., Hendriksen, I., Twisk, J., y van Mechelen, W. (2008). Accuracy of

self-reported body weight, height and waist circumference in a Dutch overweight working population. *BMC Medical Research Methodology* 8(69).

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-69>

- Dingemans, A. y van Furth, E. F. (2011). Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 135–138. doi:10.1002/eat.20905
- Dingemans, A., Danner, U., y Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Dingemans, A., Vanhaelen, C., Aardoom, J., y van Furth, E. (2019). The influence of depressive symptoms on executive functioning in binge eating disorder: A comparison of patientes and non-obese healthy controls. *Psychiatry Research*, 274, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.033>
- Eichen, D., Chen, E., Boutelle, K., y McCloskey. (2017). Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters. *Appetite*, 111 (1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.021>
- Erskine, H. E., y Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Current opinion in psychiatry*, 31(6), 462–470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
- Fairburn, C., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther*, 41(5): 509–28.
- Filipova, A., y Stoffel, C. (2016). The prevalence of binge eating disorder and its relationship to work and classroom productivity and activity impairment, *Journal of American College Health*, 64(5), 349-361. <https://10.1080/07448481.2016.1150283>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C., Accurso, E. C., Pisetky, E. M., Peterson, C. B., Byrne, C. E., y Le Grange, D. (2014). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, depressive symptoms, and self-esteem among treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review: the journal of the Eating Disorders Association*, 22(4), 230–236. <https://doi.org/10.1002/erv.2297>

- Flores-Torres, J., Gómez-Pérez, L., McRae, K., López, V., Rubio, I., y Rodríguez, E. (2019). Humor Improves Women's but Impairs Men's Iowa Gambling Task Performance. *Frontiers in psychology, 10*, 2538. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02538>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. y Pierre, M. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literatura review. *The American Journal of Clinical Nutrition, 109*(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gianini, L., White, M., y Masheb, R. (2013). Eating patology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors, 14*, 209-313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Gómez-Peresmité, G., Acosta V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas, R., Guzmán, R., y León, R. (2013). A preliminary study of the predictive factors of binge eating behaviour in three cultures: Mexico, Spain and Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios 4* (2), 68-78. [http://doi.10.1016/S2007-1523\(13\)71994-3](http://doi.10.1016/S2007-1523(13)71994-3)
- González D., A., Reséndiz-Rodríguez, A., y Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in México. *Salud mental, 38*(4), 237-244.
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal, 50*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista-Lucio M., Méndez-Valencia., S., y Mendoza- Torres, C. (2014). Metodología de la investigación (6ta Ed). Mc Graw Hill Education.
- Hilbert, A., Hoek, H. W., y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry, 30*(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Horvath, J. D., Kops, N. L., de Castro, M. L., y Friedman, R. (2015). Food consumption in patients referred for bariatric surgery with and without binge eating disorder. *Eating behaviors, 19*, 173–176. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.09.007>

- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., Rosenthal, N. R., y Pope, H. G., Jr (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, 91(6), 1568–1573. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29203>
- Hudson, J., I., Hiripi, E., Pope, H., G., y Kessler R., C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Jiménez, B., y Silva, C. (2008). Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 89-98.
- Jiménez, C., K. (2017). La relación de la impulsividad con el sobrepeso y la obesidad. [Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología-UNAM, México]. [https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-o&local\\_base=TESO1](https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-o&local_base=TESO1)
- Juarascio, A., Manasse, S., Schumacher, L., Espel, H., y Forman, E. (2017). Developing an Acceptance-Based Behavioral Treatment for Binge Eating Disorder: Rationale and Challenges. *Cognitive and behavioral practice*, 24(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.12.005>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., y Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 63, 223-238. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
- Kittel R, Schmidt R, y Hilbert A. (2017). Executive functions in adolescents with binge-eating disorder and obesity. *Eat Disord*, 50:933–941. <https://doi.org/10.1002/eat.22714>.
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L., Chams, M. M., y Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 363–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Laboratorio de salud y alimentación de la facultad de Psicología de la UNAM. (2019). Proyecto de Salud y Alimentación. Wix. <https://saludalimentacion2.wixsite.com/unam>
- López, X. (2008). *Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos*. [Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología-UNAM, México]. TESIUNAM.<http://132.248.9.195/ptd2008/septiembre/0632257/Index.html>Texto completo.
- López, X., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Álvarez, G. L., y Franco, K. (2011). Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del cuestionario de patrones de alimentación y peso revisado (QEWPR). *Psicologia.com*
- López, X., Mancilla, J. M., Vázquez, R., Ocampo, M. T., Franco, K., y Álvarez, G. L. (2010). Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2(1), 25-38. <http://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.i1.04>
- Manasse, S.M., Murray, H.B., Parker, M. Forman, E., y Juarascio, A. (2020). A characterization of binge planning behavior in individuals with binge-spectrum eating disorders. *Eating Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 25, 1099–1103. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00697-6>

- Mandelli, L., Arminio, A., Atti, A., y De Ronchi, D. (2019). Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5 or CIE-10 diagnostic criterion. *Psychological Medicine* 49,1237-1249. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003549>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G., y Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *The International journal of eating disorders*, 47(3), 320–324. <https://doi.org/10.1002/eat.22232>
- Martín del Campo C., J., González, G., L., y Gámez, R., A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 65(32), 26-32.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3) 205-214.
- Mendoza, O., A. (2022). *Toma de decisiones, planificación y flexibilidad cognitiva en adultos con sobrepeso y normopeso*. [Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología-UNAM, México]. [https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-o&local\\_base=TESO1](https://tesiunam.dgb.unam.mx/F?func=find-b-o&local_base=TESO1)
- Millisecond Software. (s.f). About Millisecond. <https://www.millisecond.com/about/about.aspx>
- Miranda-Olivos, R., Testa, G., Lucas, I., Sánchez, I., Sánchez-González, J., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., y Fernández-Aranda, F. (2021). Clinical factors predicting impaired executive functions in eating disorders: The role of illness duration. *Journal of psychiatric research*, 144, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.042>
- Mitchison, D., y Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*. 3(20). <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0058-y>

- Mobbs, O., Iglesias, K., Golay, A., y Van der Linden, M. (2011). Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder. Investigation using a mental flexibility task. *Appetite*, 57(1), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.04.023>
- Morales, A., Gómes, A., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M., y Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 177-182.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Rev. Med.Clin. Condes* 23(2), 124-128
- National Guideline Alliance (UK). (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Olguin, P., Fuentes, M., Gabler, G., Guerdjikova, A., Keck, P., y McElroy, S. (2017). Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eating Weight Disorders*, 22(1), 13-16. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0313-5>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). Datos y cifras. 10 datos sobre la obesidad. <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Obesidad y Sobrepeso. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Palacios, A. (2017). *Estudio molecular del gen ANKK1 en pacientes obesos con y sin trastorno por atracón*. [Tesis de Maestría. Facultad de Medicina-UNAM, México]. TESIUNAM.<http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/0766691/Index.html> Texto completo.

- Palmisano, G., Innamorati, M., y Vanderlinden, J. (2016). Life experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A sistematic review. *Journal of Behavioral Addictions* 5(1), 11-31. <http://doi.10.1556/2006.5.22016.018>
- Radilla, C., Vega, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J., y Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del distrito federal, México. *Revista española de nutrición comunitaria*, 21(1).  
<https://www.renc.es/actualidad1.asp?anno=2015&codR=8&pag=1>
- Raevuori, A., Keski-Rahkonen, A., y Hoek, H. W. (2014). A review of eating disorders in males. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 426–430  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000113>
- Ramírez, D., M., Luna H., J., y Velázquez, R., D. (2021). Conductas Alimentarias de Riesgo y su asociación con el exceso de peso en adolescentes del Istmo de Tehuantepec, Oaxaca: un estudio transversal. *Rev Esp Nutr.Hum Diet.* 25(2), 246-55. <http://doi:10.14306/renhyd.25.2.1170>
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087&lng=es&tlng=es)
- Ruiz-Martinez, A., O., Vázquez-Arevalo, R., Mancilla-Diaz, J., M., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G., y Tena-Suck, (2010). Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 447-455.
- Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2017, Julio, 26). *Trastornos alimenticios, causa de atención en psiquiatría.*

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/trastornos-alimenticios-causa-de-atencion-en-psiQUIATRIA>

Segura-Serralta, M., Ciscar, S., Blasco, L., Oltra-Cucarella, J., Roncero, M., Espert, R., Elvira, V., Pinedo-Esteban, R., y Perpiñá, C. (2020). Contribution of executive functions to eating behaviours in obesity and eating disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 48(6), 725–733. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000260>

Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, JA., y Rivera-Dommarco, J. (2020). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. *Instituto Nacional de Salud Pública.*

[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)

Silva, C., Hernández, A., Jiménez, B., y Alvarado, N. (2016). Revision de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y Salud*, 26(2), 253-262.

Spielberger, C.D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. El Manual Moderno.*

Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., y Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191–203. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S)

- Spitzer, R., Devlin, M., Walsh, T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, A., Mitchell, J., y Nonas C. (1991). Binge Eating Disorder: To Be or Not to Be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (6),627-629.
- Striegel, R., Bedrosian, R., Wang, C., y Schwartz, S. (2012). Why men should be included in research on binge eating: results fro a comparison of psychological impairment in men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 233-240.  
<https://doi.org/10.1002/eat.20962>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295.  
<https://doi.org/10.1007/BF01575455>
- Suarez-Carmon, W., y Sánchez-Oliver, A. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la Actividad física. *Nutrición Clínica en Medicina*, 12(3), 128-13  
<https://doi.10.7400/NCM.2018.12.3.5067>
- Svaldi, J., Brand, M., y Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite*, 54(1), 84-92.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.09.010>
- Swanson, S., Crow, S., Le Grange, D., Swendsen, J., y Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714-723. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Toplak, M. E., Sorge, G. B., Benoit, A., West, R. F., y Stanovich, K. E. (2010). Decision-making and cognitive abilities: A review of associations between Iowa Gambling Task performance, executive functions, and intelligence. *Clinical psychology review*, 30(5), 562-581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.002>
- Unikel, C. y Caballero, A. (2010). Origen de los trastornos de la conducta alimentaria En Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J. y Medina-Mora, ME. (Eds), Guía Clínica para

Trastornos de la Conducta Alimentaria. (pp.13-15). Instituto Nacional de Psiquiatría.  
(Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)

Unikel, C., Díaz de León, C., y Rivera Márquez, J. (2017). Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición. Universidad Autónoma Metropolitana.

Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L. y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00363634200400060005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634200400060005&lng=es&tlng=es)

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., y Pérez- García, M. (2006). Decision-making and the Iowa gambling task: ecological validity in individuals with substance dependence. *Psychologica Belgica*, 46(1/2), 55-78.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.5334/pb-46-1-2-55>

Wassenaar, E., Friedman, J., y Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Binge Eating Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 275–286.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.010>

Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(16), 3365–3385. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000294>

Yang, Y., Shields, G. S., Guo, C., y Liu, Y. (2018). Executive function performance in obesity and overweight individuals: A meta-analysis and review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 84, 225–244. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.11.020>

Yanovski, S. Z. (1993). Binge eating disorder: current knowledge and future directions. *Obes Res*, 1(4),306-24. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1993.tb00626.x>

Yanovski, S. Z., Marcus, M. D., Wadden, T. A., y Walsh, B. T. (2016). The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5): An Updated Screening Instrument for Binge Eating Disorder. *J Eat Disord*, 48(3), 259-261. <http://doi.org/10.1002/eat.22372>.

## Anexos

### **Anexo 1. Cuestionario de Alimentación y Peso Revisado (QEWP-R por sus siglas en inglés)**

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de enunciados, por favor conteste a todas las preguntas, seleccionando la opción que más se acerque a su modo de actuar.

1. Durante los pasados 3 meses, ¿Con frecuencia comió durante un periodo de dos horas lo que la mayoría de la gente consideraría como una cantidad inusualmente grande de alimento?

a) Sí    b) No (Si su respuesta es NO, pasar a la pregunta 5)

2. Cuando comió de esta manera ¿Con frecuencia sintió que no podía parar de comer o controlar qué o cuánto estaba comiendo?

a) Sí    b) No

3. Durante los pasados 3 meses, en promedio, ¿Qué tan frecuente comió de esta manera, es decir, ingerir grandes cantidades de comida con la sensación de que su alimentación estaba fuera de control?

- a) Menos de un día a la semana
- b) Un día a la semana
- c) Dos o tres días a la semana
- d) Cuatro o cinco días a la semana
- e) Casi diario

4. Durante esas ocasiones, tuvo alguna de las siguientes experiencias (marque con una X según sea el caso).

a) Comer más rápido de lo normal.	Sí	No
b) Comer hasta sentirse incómodamente lleno.	Sí	No
c) Comer grandes cantidades de alimento, aun sin sentir hambre.	Sí	No
d) Comer a solas porque estaba avergonzado por la cantidad de alimento que estaba comiendo	Sí	No
e) Sentirse mal consigo misma (o), deprimido o muy culpable después de comer una gran cantidad de alimento	Sí	No

5. En general, durante los pasados 3 meses, ¿Qué tan mal se sintió cuando comió demasiado o más de lo que cree adecuado para usted?

- a) De ninguna manera mal
- b) Un poco mal

- c) Moderadamente mal
- d) Muy mal
- e) Totalmente mal

6. En general, durante los pasados 3 meses, ¿Qué tan mal se sintió al no poder parar de comer o no poder controlar qué o cuanto estaba comiendo?

- a) De ninguna manera mal
- b) Un poco mal
- c) Moderadamente mal
- d) Muy mal
- e) Totalmente mal

7. Durante los pasados 3 meses, ¿Qué tan importante ha sido su peso o su figura en cuanto a cómo se siente o se evalúa usted misma (o) como persona? (Compare esa sensación con lo que siente en otras áreas de su vida, tales como trabajo, como padre, o llevarse bien con otras personas)

- a) Peso y figura no fueron muy importantes.
- b) Peso y figura fueron parte importante de cómo se sentía consigo misma (o).
- c) Peso y figura están entre los principales aspectos que afectaron el cómo se sentía consigo misma (o).
- d) Peso y figura fueron los aspectos más importantes que afectaron cómo se sentía consigo misma (o).

8. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez se ha provocado el vómito con la finalidad de evitar ganar peso después de una gran cantidad de alimento?

- a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana
- e) Más de cinco veces a la semana

9. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez ingirió más del doble de la dosis recomendada de laxante con la finalidad de evitar ganar peso después de comer una gran cantidad de alimento?

- a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana

e) Más de cinco veces a la semana

10. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez ingirió más del doble de la dosis recomendada de diurético con la finalidad de evitar ganar peso después de comer una gran cantidad de alimento?

a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana
- e) Más de cinco veces a la semana

11. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez ha dejado de comer durante 24 hrs (todo un día) con la finalidad de evitar ganar peso después de ingerir una gran cantidad de alimento?

a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana
- e) Más de cinco veces a la semana

12. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez ingirió más del doble de la dosis recomendada de pastillas para adelgazar con la finalidad de evitar ganar peso después de comer una gran cantidad de alimento?

a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana
- e) Más de cinco veces a la semana

13. Durante los pasados 3 meses, ¿Alguna vez ingirió más del doble de la dosis recomendada de pastillas para adelgazar con la finalidad de evitar ganar peso después de comer una gran cantidad de alimento?

a) Sí      b) No

Si su respuesta es Sí ¿Qué tan frecuentemente -en promedio- fue esto?

- a) Menos de una vez a la semana
- b) Una vez a la semana
- c) Dos o tres veces a la semana
- d) Cuatro o cinco veces a la semana
- e) Más de cinco veces a la semana

## Anexo 2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Escala Rasgo

### Ansiedad-Rasgo

Algunas expresiones que usa la gente para describirse aparecen abajo. Lee cada frase y marca la casilla que indique como te sientes generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor describa cómo te sientes generalmente.

		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	Me siento bien				
2	Me canso rápidamente				
3	Siento ganas de llorar				
4	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
5	Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente				
6	Me siento descansado (a)				
7	Soy una persona "serena, tranquila y sosegada"				
8	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
10	Soy feliz				
11	Tomo las cosas muy a pecho				
12	Me falta confianza en mí mismo (a)				
13	Me siento seguro (a)				
14	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades				
15	Me siento melancólico (a)				
16	Me siento satisfecho (a)				
17	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
18	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de mi cabeza				
19	Soy una persona estable				
20	Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)				

### **Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck-II**

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2, o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todos los enunciados, antes de elegir su respuesta.

#### **1**

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste
- 2. Me siento triste todo el tiempo
- 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

#### **2**

- 0. No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro
- 1. Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro
- 2. No espero que las cosas resulten bien
- 3. Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguiré empeorando

#### **3**

- 0. No me siento como un fracasado
- 1. Siento que he fracasado más de lo que debería
- 2. Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total

#### **4**

- 0. Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
- 1. No disfruto tanto de las cosas como antes
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3. No siento placer con las cosas que solía disfrutar

**5**

0.No me siento particularmente culpable

1. Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía de hacer

2. Me siento culpable casi todo el tiempo

3. Me siento culpable todo el tiempo

**6**

0.No siento que este siendo castigado

1. Siento que tal vez seré castigado

2. Espero ser castigado

3. Siento que estoy siendo castigado

**7**

0. Me siento igual que siempre acerca de mí mismo

1. He perdido confianza en mí mismo

2. Estoy desilusionado de mí

3. No me agrado

**8**

0. No me critico ni me culpo más de lo usual

1. Soy más crítico de mí mismo de lo que solía ser

2. Me siento crítico por todas mis fallas y errores

3. Me culpo por todo lo malo que sucede

**9**

0. No tengo ningún pensamiento acerca de matarme

1. Tengo pensamientos de matarme, pero no los llevaría a cabo

2. Me gustaría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad

**10.**

- 0. No lloró más de lo usual
- 1. Ahora lloro más que antes
- 2. Ahora lloro por cualquier cosa
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo

**11.**

- 0. No me siento más tenso de lo usual
- 1. Me siento más tenso de lo usual
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que cuesta trabajo estar quieto
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente

**12**

- 0. No he perdido interés en otras personas o actividades
- 1. Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades
- 3. Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa

**13**

- 0. Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre
- 1. Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes
- 2. Ahora tengo mayor dificultad para tomar decisiones que antes
- 3. Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión

**14**

- 0. No me siento devaluado
- 1. No me siento tan valioso o útil como antes
- 2. Me siento menos valioso comparado con otros
- 3. Me siento francamente devaluado

**15**

- o. Tengo tanta energía como siempre
- 1. Tengo menos energía de lo que solía tener
- 2. No tengo suficiente energía para hacer gran cosa
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada

**16**

- o. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
- 1a. Duermo más de lo usual
- 1b. Duermo menos de lo usual
- 2a. Duermo mucho más de lo usual
- 2b. Duermo mucho menos de lo usual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir

**17**

- o. No estoy más irritable de lo usual
- 1. Estoy más irritable de lo usual
- 2. Estoy mucho más irritable de lo usual
- 3. Estoy irritable todo el tiempo

**18**

- o. No he sentido ningún cambio en mi apetito
- 1a. Mi apetito es menor de lo usual
- 1b. Mi apetito es mayor de lo usual
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes
- 3. No tengo nada de apetito

**19**

- o. Puedo concentrarme tan bien como siempre

1. No puedo concentrarme tan bien como siempre
2. Me resulta difícil concentrarme en algo mucho tiempo
3. No puedo concentrarme en nada

**20**

0. No estoy más cansado o fatigado de lo normal
1. Me canso o fatigo más fácilmente que antes
2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer
3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo
1. Me encuentro menos interesado en el sexo ahora
2. Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora
3. He perdido completamente el interés por el sexo