



PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN MUJERES PRE Y POSTMENOPAUSICAS

**SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL,
INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL Y ESTADOS DE
ÁNIMO PRESENTES.**

AUTORES:

FIGUEROA JAIMES, Karin Leidy

LUSIN, Aldana Paula

MORALES, Salome

PÉREZ, Sofía Daiana

Este trabajo pertenece al Proyecto UBACYT 2014-2017

Código: 20020130200267BA.

DIRECTORA: Dra. TORRESANI, María Elena

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
NOVIEMBRE 2016

RESUMEN

Introducción: El estado nutricional y los cambios anatómicos devenidos de la menopausia podrían determinar la aparición de insatisfacción de la imagen corporal en una población que, además, atraviesa nuevas experiencias emocionales.

Objetivo: Conocer la prevalencia del trastorno por atracón (BED) y su relación con el estado nutricional, la insatisfacción de la imagen corporal y los estados de ánimo presentes en mujeres pre y pos menopáusicas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal realizado sobre muestra no probabilística de 134 mujeres pre y postmenopáusicas que asistieron a salones de belleza en el Conurbano Bonaerense durante el año 2016. Se estudió la presencia del BED (según DSM-5), etapa biológica (pre y postmenopausia), estado nutricional según IMC (Normopeso: 18.5 a 24.99 kg/m²; y sobrepeso u obesidad: ≥ 25.0 kg/m²), estados de ánimo (según Test EVEA: ansiedad – ira/hostilidad – tristeza/depresión – alegría) e insatisfacción imagen corporal (según Test de imágenes corporales modificado por Collins: satisfecha, deseo de estar más delgada o más robusta). Análisis estadístico mediante SPSS versión 22.0, obteniéndose medidas de tendencia central y dispersión, comparación de medias por ANOVA, χ^2 y prueba de correlación de Pearson, considerando valores significativos a $p < 0.05$.

Resultados: Edad promedio de la muestra: 54.0 \pm 5.0 años. El 57.5% presentó algún grado de sobrepeso u obesidad. Se observó presencia de BED en el 3%. Sólo el 8.2% resultó satisfecha con su imagen corporal. El estado de ánimo que predominó al momento de la encuesta fue la alegría (80.6%). Mediante pruebas de correlación múltiple se halló asociación directa significativa entre el IMC y la insatisfacción de la imagen corporal ($r=0.180$; $p=0.038$).

Conclusiones: La mayoría de las mujeres presentaron sobrepeso e insatisfacción de su imagen corporal, hallándose asociación directa entre ellas. El estado de ánimo predominante fue la alegría. Se corroboró la existencia de BED con la prevalencia esperada.

PALABRAS CLAVES: Trastorno por atracones-Insatisfacción de la imagen corporal-Estados de ánimo-Estado nutricional-Menopausia

ABSTRACT

Introduction: The nutritional state and the anatomical changes caused by the menopause might indeed be of considerable importance for the arousing of body image dissatisfaction in a population that also is going through new emotional experiences.

Objective: Becoming acquainted with the prevalence of BED and its relation with the nutritional state, body image dissatisfaction and frames of mind on women pre- and post-menopausal.

Methodology: Descriptive and transversal studies made on a not probabilistic sample of 134 adult women pre- and post-menopausal which attended several hairdressers of Conurbano Bonaerense. It has been studied the presence of BED (according to DSM-5), Biologic step (pre- and post-menopausal), nutritional state according to IMC (Normal weight: 18.5 to 24.99 Kg/m²; and overweight or obesity: ≥ 25.0 Kg/m²), frames of mind (according to EVEA Test: anxiety – anger/hostility – sadness/depression – joy) and body image dissatisfaction (according to body image Test modified by Collins: satisfied, wish of being thinner or more robust). Statistical analysis using SPSS 22.0, obtaining measurements of central and dispersive tendency, comparison of averages by ANOVA, χ^2 and test of correlation by Pearson, considering significant values when $p < 0.05$.

Results: Sample average age: 54.0 ± 5.0 years. The 57.5% presented some grades of overweight or obesity. The presence of BED was in a 3%. Only the 8.2% of the surveyed women were satisfied with their body image. The frame of mind that predominated while the surveys were being made was joy (80.6%). Using tests of multiple correlation, significant association was found between the BMI and the dissatisfaction of body image ($r=0.180$; $p=0.038$).

Conclusion: Most of the women presented overweightness and dissatisfaction of body image, finding direct association between both. The predominant frame of mind was joy. Existence of BED was corroborated with the expected prevalence.

KEY WORDS: Binge-Eating Disorder - Body image dissatisfaction - EVEA scale - frame of mind – nutritional state - menopause

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	7
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN	22
V. CONCLUSIONES	27
VI. ANEXOS	28
VII. AGRADECIMIENTOS	30
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

I. INTRODUCCIÓN

Contextualizando una etapa particular en la vida de las mujeres

La menopausia es entendida por la Organización Mundial de la Salud¹ como el cese de los períodos menstruales determinado retrospectivamente luego de 12 meses consecutivos de amenorrea, que no responda a otra causa fisiológica o patológica. Se la considera precoz cuando se produce de manera natural antes de los 40 años de edad; y temprana antes de los 45 o 47 años según lo proponen Ortega-Ceballos y col.²

La edad media de este evento varía de acuerdo a los distintos autores, aunque oscila generalmente entre los 45 y 50 años, por lo que al considerar el aumento de la esperanza de vida alrededor del mundo, aproximadamente un tercio de la vida de las mujeres transcurre en postmenopausia.^{3 4}

Los cambios asociados a esta etapa, sumados a los efectos del envejecimiento por sí mismo, pueden ser vividos como una crisis vital para la población femenina.⁵

Se produce una disminución del gasto metabólico basal, casi linealmente con la edad debido a la reducción de la actividad metabólica del tejido magro y al descenso en su cantidad. Ésto generalmente se asocia a la disminución de la actividad física, factor importante a considerar para la mantención de un peso corporal saludable.

A su vez, debido al hipoestrogenismo, declina la concentración de leptina, del mismo modo que disminuye la sensación de saciedad provocada por la liberación de colecistoquinina (CCK) que se veía estimulada por los estrógenos.

Pavón de Paz y cols.⁶ afirman que en las mujeres menopáusicas los niveles de galanina -estimulante de la ingesta de grasas- se encuentran aumentados, y los de neuropéptido Y -estimulante de la ingesta de carbohidratos- están disminuidos en comparación con mujeres en edad fértil.

Por su parte, la lipoproteinlipasa (LPL) bajo estimulación de estrógenos y progesterona determina la tendencia al depósito de grasa ginoide. El hipoestrogenismo favorece el depósito de grasa visceral.

Con estas modificaciones es de esperarse que la transición entre la etapa fértil y la no fértil traiga aparejados cambios en la composición corporal, en el peso y en la imagen. A su vez, puede ser un periodo significativo de vulnerabilidad para el desarrollo, la exacerbación o recaída de síntomas de trastornos alimentarios.⁷

Históricamente las mujeres fueron valoradas por su poder de reproducción y concepción, y la pérdida de esta capacidad puede estar asociada a estigmatización devenida de la merma de su función social.⁵ No es casual que la menopausia sea llamada popularmente “retiro”.⁸ Además, la sociedad occidental está regida por el culto a la juventud y los estereotipos de belleza y delgadez. Según Gómez Martínez y col.⁹ la presión social por la imagen resulta en sentimientos que afectan la autoestima de las mujeres,

muchas veces no por los kilos de más, sino por su acercamiento a la imagen de “mujer vieja”.¹⁰

Autores como Esnaola, Rodríguez, Goñi¹¹ expresan que la importancia que se concede a la apariencia física, específicamente el tamaño corporal y el peso, disminuye con la edad.

Sánchez Vázquez y Salaberria, definen a la imagen corporal como “la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente”, considerando insatisfacción corporal (IC) al rechazo que la misma causa en la persona.^{12 13}

Las alteraciones de la imagen corporal se concretan básicamente en dos aspectos:

- *Alteración cognitiva y afectiva:* Insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que el propio cuerpo suscita.
- *Alteraciones perceptivas que conducen a la percepción de la imagen corporal:* Inexactitud con que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Es difícil establecer la dirección en la relación de estas dos variables: la imagen corporal se distorsiona porque se está insatisfecho con el cuerpo o viceversa. Debe tenerse en cuenta que las alteraciones perceptivas, la preocupación y la insatisfacción corporal pueden ser un síntoma presente en distintos cuadros clínicos o puede ser un trastorno en sí mismo.

La IC es considerada factor predisponente, desencadenante, perpetuante y predictivo de los trastornos alimentarios, siendo un factor

presente en el inicio y el mantenimiento de los trastornos de alimentación, así como uno de los predictores más importantes de recaída y mal pronóstico.

La restricción dietética también es referida como potenciador de los atracones en presencia de desinhibidores específicos (disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, violación de una dieta).¹⁴ Por otro lado, también se describe a estos pacientes como impulsivos, con poca capacidad para controlarse, siendo en este caso los atracones un síntoma de un descontrol de impulsos.¹⁵

Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder BED)

Desde mayo de 2013, la nueva edición del Manual de Diagnóstico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría reconoce específicamente al "trastorno por atracón" (BED) como el tercer trastorno del comportamiento alimentario, junto a la anorexia nerviosa y a la bulimia.^{16 17}

Hasta ese año era considerado un trastorno no específico y propuesto para investigación.

Se trata de un trastorno alimentario que consiste en episodios repetidos de atracones de comida sin realizar mecanismos compensatorios para evitar ganar peso, con una frecuencia de al menos una vez a la semana durante 3 meses.¹⁸ En dichos episodios se realizan ingestas alimentarias que son, en cantidad y voracidad, superiores a lo que normalmente comería cualquier persona en el mismo período de tiempo, y se viven con una sensación de pérdida de control.

En 1951, Hamburger describió un tipo de hiperfagia en obesos que se caracterizaba por un deseo compulsivo por la comida, principalmente dulces, que resultaba incontrolable.¹⁹

La existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959 como un patrón distintivo de esta población. Él describió episodios de consumo de grandes cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico).²⁰

El tipo de alimentos que se consumen durante estos episodios puede variar de persona a persona y los episodios se definen normalmente por la inusual cantidad de alimentos que se consumen en lugar de la clase de alimento en cuestión; sin embargo, hay una tendencia al consumo de grasa, dulces y comida rápida.

Los atracones de comida a menudo conducen a un aumento de peso y a la obesidad, que sólo refuerzan la alimentación compulsiva. Además, son características de estos pacientes las fluctuaciones en el peso, grandes dificultades para perderlo y mantener el peso perdido.²¹

El BED suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, aunque los pacientes que acuden a consulta suelen tener una edad superior a los afectados por anorexia o bulimia nerviosas. Aparece en un 30% de los pacientes que están en programas para perder peso y en un 2 a 5% en la población general. Es más común en mujeres con sobrepeso que son más jóvenes que las obesas sin BED, pero mayores que las pacientes con bulimia

nerviosa o anorexia.^{22 23 24} Su frecuencia es casi dos veces mayor que la de estas enfermedades.

En la Argentina no se han realizado estudios representativos sobre este tema, pero se cuenta con trabajos parciales. En el Hospital de Clínicas “José de San Martín”, entre 2001 y 2006, se detectaron 500 pacientes con algún trastorno alimentario. Según datos referidos por el psiquiatra Bernardo Rovira, el 12% de ese total de pacientes sufría del síndrome de los atracones.²⁵

Más allá de la información citada con respecto a las distintas áreas temáticas, no existe aún bibliografía acerca de la insatisfacción de la imagen corporal, el estado anímico y la presencia de BED en las mujeres perimenopáusicas, razón que motiva esta investigación.

El **Objetivo General** de este trabajo fue conocer la prevalencia del trastorno por atracón y su relación con el estado nutricional, la insatisfacción de la imagen corporal y los estados de ánimo presentes en mujeres pre y pos menopáusicas del Conurbano Bonaerense durante el año 2016.

Los **Objetivos Específicos** que se plantearon para esta investigación fueron:

- Conocer el estado nutricional de las mujeres encuestadas según la etapa biológica.
- Identificar la presencia de insatisfacción de la imagen corporal en las mujeres encuestadas.
- Determinar los estados de ánimo en las mujeres al momento de ser encuestadas y asociarlos con el estado nutricional.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Para concretar los objetivos se eligió realizar un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal.

Población y muestra: La muestra, seleccionada por conveniencia, fue conformada por mujeres adultas que asistieron a diferentes Salones de Belleza para la Mujer del Conurbano Bonaerense durante el mes de septiembre del año 2016.

Los **criterios de inclusión** fueron mujeres de entre 45 y 65 años de edad, aparentemente sanas, que dieron su consentimiento para formar parte del estudio (155 mujeres).

Los **criterios de exclusión** fueron mujeres de bajo peso según IMC, en edad fértil y/o aquellas que refirieron alguna patología psiquiátrica declarada y/o tomar medicamentos psicotrónicos. La muestra final luego de aplicar estos criterios quedó conformada por 134 mujeres.

Variables en estudio:

- **Etapa biológica:** premenopáusica - postmenopáusica
- ✓ ***Premenopáusica:*** Aquella que presente períodos menstruales irregulares.
- ✓ ***Postmenopáusica:*** Quien haya tenido su última menstruación hace 1 año atrás o más, según la definición de la OMS¹
- **Estado Nutricional según IMC:** (Peso (kg)/talla (m)²) El resultado obtenido se clasificó según la OMS de acuerdo a las siguientes categorías:

- ✓ *Normopeso*: IMC 18,5-24,99 Kg/m²
- ✓ *Sobrepeso u obesidad*: IMC ≥ 25,0 Kg/m²

- Estados de ánimo: categorizado en ansiedad – ira/hostilidad – tristeza/depresión – alegría, según el Test EVEA.

- Trastorno por atracón (BED): según los criterios diagnósticos de DSM-5 presenta o no presenta.

- ✓ Insatisfacción de la imagen corporal: según el Test de Imágenes Corporales, categorizando a la muestra en:
 - ✓ *Satisfecha*
 - ✓ *Deseo de estar más delgada*
 - ✓ *Deseo de estar más robusta*

Recolección de datos:

Se procedió a realizar una encuesta auto-administrada, voluntaria y anónima que consistió en 4 bloques de información. El primer bloque abarcó datos personales como edad, peso y talla autorreportados (metodología utilizada en la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles y validada por diferentes autores para su utilización ^{26 27 28}), fecha de última menstruación, y medicamentos en caso de consumirlos. De esta manera se procedió a categorizar a la muestra según etapa biológica, estado nutricional, y a aplicar los criterios de exclusión correspondientes.

El segundo bloque se destinó a indagar específicamente acerca de la presencia o no de los criterios diagnósticos para Trastorno por Atracón según el DSM-5: aparición de episodios de ingesta compulsiva de comida, en poco tiempo, con sensación de pérdida de control sobre lo que se consume, y en ausencia de conductas compensatorias, al menos una vez a la semana durante tres meses.

El tercer bloque se basó en un test de imágenes corporales propuesto por Stunkard y Stellard y modificado por Collins²⁹ a fin de rastrear insatisfacción de la imagen corporal. En el mismo se muestran 9 figuras femeninas que van siendo progresivamente más robustas de las cuales la encuestada debió elegir una respondiendo a la pregunta “¿Qué figura desearía tener?”. Cada silueta tiene asignado su IMC correspondiente, de manera que la más delgada equivaldría a un IMC de 17 kg/m² y la más obesa, a 33 kg/m². Comparando los valores de IMC deseado con los del IMC real a partir de calcular la diferencia entre ellos, se obtiene un patrón de conformidad o disconformidad del individuo con su figura. Así las mujeres fueron clasificadas en 5 categorías:

- ✓ *Categoría 1:* diferencia entre IMC real y deseado < -4 → *Desea estar más robusta.*
- ✓ *Categoría 2:* diferencia entre IMC real y deseado entre -4 y -2 → *Desea estar más robusta.*
- ✓ *Categoría 3:* diferencia entre IMC real y deseado entre -2 y 2 → *Satisfecha con su imagen corporal.*
- ✓ *Categoría 4:* diferencia entre IMC real y deseado $<$ entre 2 y 4 → *Desea estar más delgada.*

✓ *Categoría 5*: diferencia entre IMC real y deseado > de 4 → *Desea estar más delgada.*

A los fines de este trabajo se reagruparon en tres categorías, considerando satisfechas con su propia imagen a aquellas mujeres ubicadas en la categoría intermedia (categoría 3) donde coincide la figura que desean con la que realmente poseen. En cambio, quienes respondan a las categorías 4 y 5 desean estar más delgadas, mientras que quienes se encuentren en las categorías 1 y 2 desean estar más robustas.

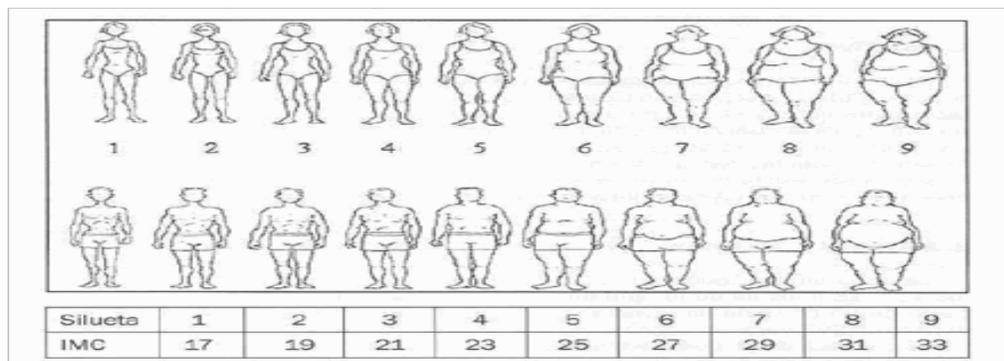


Figura n°1 (extraída de Marrodán, MD. et al.)

Y por último se incluyó el Test EVEA para determinar el estado de ánimo de las encuestadas. Éste consiste de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por las palabras “nada” (0) y “mucho” (10), que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo (p. ej., “me siento triste”, “me siento alegre”). EVEA pretende evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos. Para obtener los

resultados correspondientes calculó el promedio de los puntajes referidos para los adjetivos que representan a cada estado de ánimo.³⁰

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados mediante la utilización de planillas de cálculo de Microsoft Excel 2010. Los mismos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.0, obteniéndose medidas de tendencia central y la dispersión correspondiente. Las diferencias de los valores medios entre grupos fueron evaluados por ANOVA, y la diferencia de proporciones por χ^2 o Prueba exacta de Fisher según el tamaño muestral. Las correlaciones entre variables se realizaron usando prueba de correlación de Pearson o Spearman según la distribución. Las diferencias se consideraron significativas con un $p < 0,05$.

Consideraciones éticas y declaración de conflictos de interés

Con el fin de salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de las pacientes encuestadas, se contó con el consentimiento informado de las mujeres y se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos.

Los autores manifiestan no presentar ningún conflicto de interés que haya afectado el informe final del presente trabajo.

III. RESULTADOS

De las 134 mujeres que conformaron la muestra, el 76.1% se encontró en la etapa postmenopáusica y el 23.9% en premenopausia.

La edad promedio fue 54.0 ± 5.0 años. El IMC promedio fue 27.6 ± 5.2 kg/m² (Ver Cuadro N°1). El 57.5% de la muestra presentó algún grado de sobrepeso u obesidad, mientras que el 42.5% resultó normopeso.

Al clasificar a la muestra por etapa biológica y además según el estado nutricional, se pudo observar que el 46.9% de las mujeres premenopáusicas se encontraba en normopeso y el 53.1% presentó sobrepeso u obesidad; mientras que en las postmenopáusicas el 41.2% tenía normopeso contra un 58.8% que presentaron sobrepeso/obesidad. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.35$). (Ver Cuadro N°2 y Gráfico I).

Al aplicar los criterios diagnósticos para el BED según el DSM-5, se halló que el 3% de la muestra cumplió con todos ellos, encontrándose todas en la etapa postmenopáusica y con sobrepeso/obesidad, sin encontrarse asociación con ninguna de las dos variables ($p=0.331$ y $p=0.105$ respectivamente) (Ver Cuadros N°3 y 4).

Es de destacar que, si bien la prevalencia de este trastorno fue relativamente baja, de las 130 mujeres que no presentaron trastorno por atracón por incumplir con la totalidad de criterios diagnósticos del DSM-5, un 20% reconoció haber consumido en alguna oportunidad una cantidad

realmente grande de alimentos y mencionó haber sentido pérdida de control con lo que comía.

Un aspecto a considerar es que del total de mujeres que no presentaron BED, un 9.2% admitió realizar alguna conducta compensatoria luego de una ingesta grande de alimentos (Ver Gráfico II).

Al indagar acerca de la imagen corporal, el 90.3% de las mujeres refirió desear estar más delgada. Sólo el 8.2% resultó satisfecha con su imagen, y el 1.5% restante manifestó querer ser más robusta. El 35.1% eligió la figura nº 3 del test, cuyo IMC correspondiente es 21 kg/m², seguida por la figura nº 2 (31.3%) con un IMC de 19 kg/m².

Mientras en las mujeres que presentaron sobrepeso u obesidad, el 100% deseaban estar más delgadas, en las mujeres normopeso esta aspiración la refirió el 77.2% (p=0.000), encontrándose el 19.3% satisfecha con su imagen corporal y el 3.5% deseaba ser más robusta.

No se encontró asociación entre la etapa biológica y la insatisfacción de la imagen corporal (p=0.35) (Ver Cuadros Nº 5 y 6. Y Gráfico III y IV).

Respecto al análisis del estado de ánimo de las mujeres, predominó al momento de la encuesta la alegría, manifestando el 80.6% de las encuestadas en primera instancia este estado. En el Cuadro Nº7 pueden observarse los valores medios encontrados con sus desvíos correspondientes, para cada uno de los estados de ánimo estudiados.

Al analizar los valores medios del estado de ánimo según el estado nutricional, no se observaron variaciones significativas entre ninguno de los subgrupos estudiados. (Ver Cuadro Nº8). Finalmente, mediante las pruebas de

correlación múltiple se halló asociación directa significativa entre el IMC y la insatisfacción de la imagen corporal ($r=0.180$; $p=0.038$), observándose que a medida que aumenta el peso corporal aumenta el deseo por verse más delgadas. Pero no así, entre la insatisfacción de la imagen corporal y cada uno de los estados de ánimo ($p>0.05$) (Ver Cuadro N°9).

Cuadros y gráficos de resultados

Cuadro N°1:

Estadísticos descriptivos de las variables antropométricas

Variables	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	134	18	45	63	54,04	5,04
Peso	134	73	47	120	70,64	13,80
IMC	134	33,2	18,8	51,9	27,58	5,22

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°2:

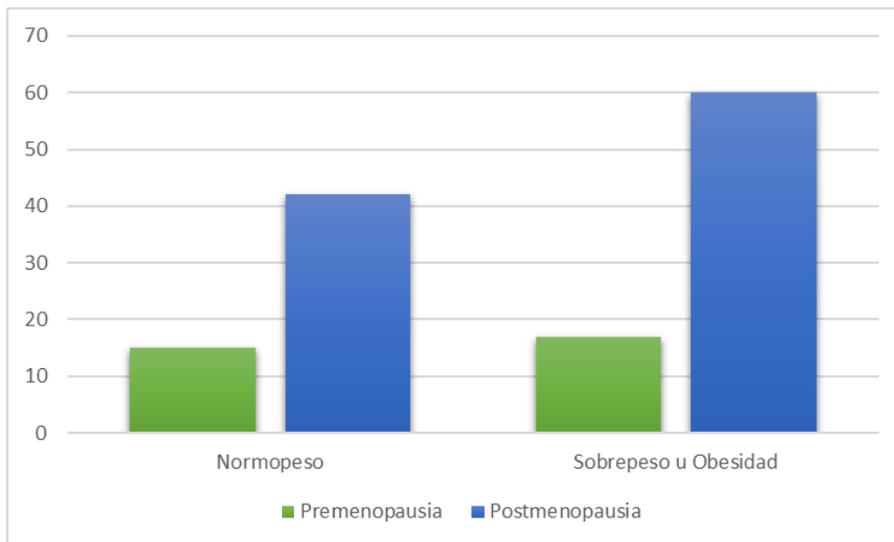
Estado Nutricional según Etapa Biológica

Categorías IMC	Etapa biológica			
	Premenopausia		Postmenopausia	
	n	%	n	%
Normopeso (n=57)	15	46,9%	42	41,2%
Sobrepeso u Obesidad (n=77)	17	53,1%	60	58,8%
Total	32	100%	102	100%

Fuente: Elaboración propia.
Chi-cuadrado ($p=0.35$)

Gráfico I:

Estado Nutricional según Etapa Biológica



Fuente: Cuadro N° 2.

Cuadro N°3:

Trastorno por Atracón según Etapa Biológica

Trastorno por Atracón	Etapa biológica			
	Premenopausia		Postmenopausia	
	n	%	n	%
No (n=130)	32	100%	98	96,1%
Si (n=4)	0	-	4	3,9%
Total	32	100%	102	100%

Fuente: Elaboración propia.
Prueba exacta de Fisher ($p=0.331$)

Cuadro N°4:

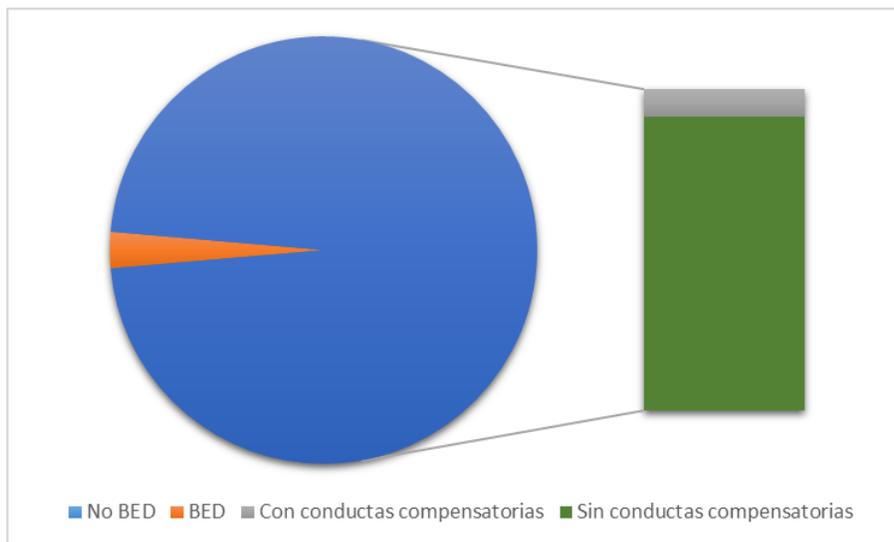
Trastorno por Atracón según Estado Nutricional

Trastorno por Atracón	Categorías IMC			
	Normopeso		Sobrepeso u Obesidad	
	n	%	n	%
No (n=130)	57	100%	73	94,8%
Si (n=4)	0	-	4	5,2%
Total	57	100%	77	100%

Fuente: Elaboración propia.
Prueba exacta de Fisher ($p=0.105$)

Gráfico II:

Presencia de Conductas Compensatorias en mujeres sin BED



Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°5:

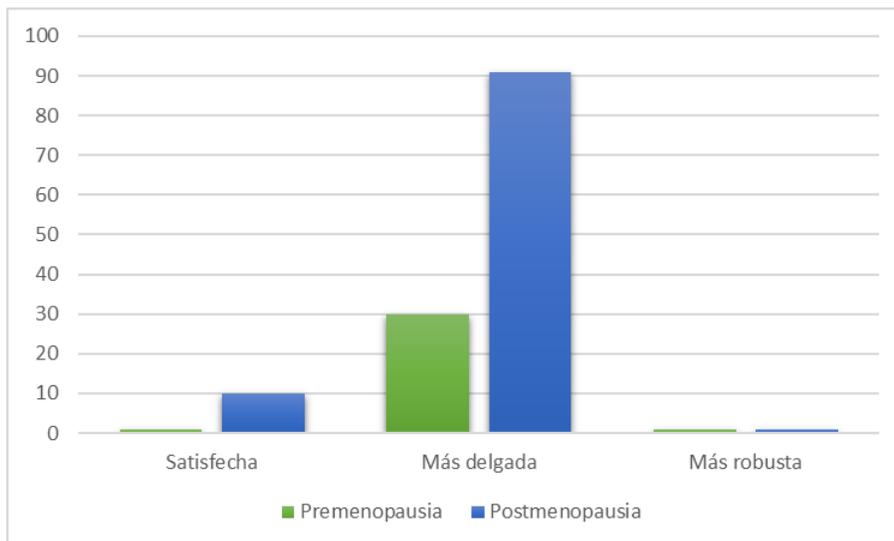
Satisfacción de la Imagen Corporal según Etapa Biológica

Insatisfacción de la imagen corporal	Etapa biológica			
	Premenopausia		Postmenopausia	
	n	%	n	%
Satisfecha (n=11)	1	3,1%	10	9,9%
Deseo de estar más delgada (n=121)	30	93,8%	91	89,2%
Deseo de estar más robusta (n=2)	1	3,1%	1	0,9%
Total	32	100%	102	100%

Fuente: Elaboración propia.
Chi-cuadrado ($p=0.35$)

Gráfico III:

Satisfacción de la Imagen Corporal según Etapa Biológica



Fuente: Cuadro N° 5.

Cuadro N°6:

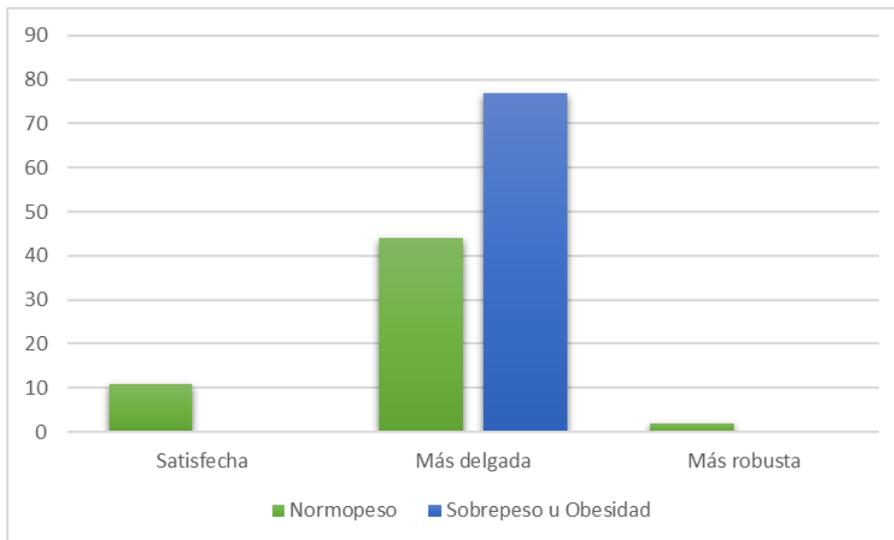
Satisfacción de la Imagen Corporal según Estado Nutricional

Insatisfacción de la imagen corporal	Categorías IMC			
	Normopeso		Sobrepeso u Obesidad	
	n	%	n	%
Satisfecha (n=11)	11	19,3%	0	-
Deseo de estar más delgada (n=121)	44	77,2%	77	100%
Deseo de estar más robusta (n=2)	2	3,5%	0	-
Total	57	100%	77	100%

Fuente: Elaboración propia.
Chi-cuadrado (p=0,000)

Gráfico IV:

Satisfacción de la Imagen Corporal según Estado Nutricional



Fuente: Cuadro N° 6.

Cuadro N°7:**Estadísticos descriptivos del Estado de Ánimo**

Estados de ánimo:	N	Media	Desviación estándar
Ansiedad	134	3,3	2,7
Ira-Hostilidad	134	2,1	2,4
Tristeza-Depresión	134	2,5	2,6
Alegría	134	6,6	2,2

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N°8:**Comparación de medias de los Estados de Ánimo según el Estado Nutricional**

Estados de ánimo		N	Media	Desviación estándar	95% del intervalo de confianza para la media	
					Límite inferior	Límite superior
EVEA Ansiedad	Normopeso	57	3,2	2,8	2,5	3,9
	Sobrepeso u Obesidad	77	3,4	2,6	2,8	4,0
EVEA Ira-Hostilidad	Normopeso	57	2,0	2,3	1,4	2,7
	Sobrepeso u Obesidad	77	2,1	2,5	1,6	2,7
EVEA Tristeza-Depresión	Normopeso	57	2,3	2,6	1,6	3,0
	Sobrepeso u Obesidad	77	2,6	2,6	2,0	3,2
EVEA Alegría	Normopeso	57	6,4	2,3	5,8	7,1
	Sobrepeso u Obesidad	77	6,7	2,2	6,3	7,2

Fuente: Elaboración propia.

(p= no significativa entre grupos)

Cuadro N°9:

**Prueba de Correlaciones Múltiples entre Satisfacción Imagen Corporal,
Estado Nutricional y Estados de Ánimo**

Insatisfacción corporal versus:	r	p
IMC	0,180	0,038 (*)
Ansiedad	-0,041	0,641
Ira-Hostilidad	0,013	0,883
Tristeza-Depresión	0,121	0,164
Alegría	-0,004	0,964

Fuente: Elaboración propia.
(*) p= significativa

IV. DISCUSIÓN

A partir del estudio realizado se pudo recabar información respecto a la prevalencia del BED en mujeres adultas, encontrando en este trabajo que el 3% de las mujeres lo presentaban. Esta cifra resultó similar a la reportada por Guisado y Vaz ¹⁸ para la población general (2-5%) y superior a la propuesta por García Palacios ¹⁷ (1,6%). Cabe destacar que la alta prevalencia reportada por Rovira y col. ²⁵ en nuestro país (12%), seguramente pueda deberse a la diferencia de criterios utilizados para su diagnóstico, dada la fecha de realización del mismo.

A partir de los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) realizada en el año 2005, se concluyó que el 52.9% de las mujeres entre 10 a 49 años presentan sobrepeso y obesidad. ³¹ Y en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el año 2013 en nuestro país a adultos mayores de 18 años, se obtuvo que el 57.9% de la población estudiada presentó un IMC superior a 25 kg/m². ²⁶

En semejanza a los valores hallados en los estudios anteriormente mencionados, se observó en esta investigación, que la mayoría de la muestra estudiada tuvo tendencia al sobrepeso y obesidad, algo esperable dentro del proceso de envejecimiento. El IMC promedio fue de 27.6 ± 5.2 kg/m², registrándose un 57.5% de sobrepeso y obesidad.

Según Striegel-Moore y col.³² todos los pacientes que presentan un trastorno por atracón tienen problemas de peso, pero no todos ellos son obesos, lo que concuerda con los resultados del presente trabajo, en el cual el 100% de las mujeres con BED presentaban algún grado de sobrepeso u obesidad, aunque la mayoría de las mujeres con IMC aumentado no presentan BED. Larrañaga Vidal y García Mayor³³ mencionan estudios donde la prevalencia de BED está relacionada con el grado de obesidad medido por IMC y el perímetro de cintura, pero en su trabajo no pudieron confirmar esta hipótesis ya que la frecuencia encontrada fue similar en los distintos grupos en función al IMC.

Profundizando en otros aspectos del sobrepeso/obesidad en la menopausia, se puede nombrar su vinculación con la angustia y la baja autoestima, lo cual, al tratarse de obesidad, predice la probabilidad de depresión. Sin embargo, en este trabajo no se encontraron diferencias significativas entre los distintos estados de ánimo y el estado nutricional de las mujeres encuestadas.

A su vez, la mayoría de las encuestadas manifestaron en primera instancia sentirse alegres, a diferencia de lo postulado por Gómez Martínez y col.⁹ que sostienen que entre las representaciones psicológicas más frecuentes se encuentran depresión, decaimiento, cansancio y fluctuaciones del estado de ánimo, posicionando al proceso menopáusico como un “[...] detonante que despierta en la conciencia de la mujer su vulnerabilidad en todos los planos de su vida [...]”.

La obesidad constituye uno de los principales estigmas sociales, con una marcada repercusión a nivel psicológico individual; así mismo, es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica. Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan una alimentación excesiva con alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes obesos que pueden contribuir a la causa, mantenimiento o recaída de la obesidad, y que se relacionan con un alto nivel de ansiedad.³⁴

En un estudio analítico realizado en mujeres entre 40 y 59 años se observó que las manifestaciones psicológicas más frecuentes, tales como la ansiedad y la depresión, se presentaron en un 92.3% de la muestra.³⁵

Por otro lado, existen estudios que no concuerdan con lo antes mencionado, en donde se expresa, al igual que en nuestro trabajo, que no existe relación entre depresión, y el sobrepeso y obesidad.³⁶

Si además se analiza el estado anímico en relación al BED, se ha mencionado que se encuentra ligado al trastorno bipolar, trastornos depresivos, de ansiedad, y en menor medida con el abuso de sustancias. En contrapartida, en nuestro trabajo, 3 de las 4 mujeres que cumplieron con los criterios diagnósticos para BED, ostentaron sentirse alegres y sólo una de ellas triste. Cabe destacar que la ansiedad fue el segundo estado de ánimo en las puntuaciones obtenidas para el test EVEA, esta vez sí de acuerdo con lo estipulado por la bibliografía.

Es necesario tener en cuenta las diferencias entre las sociedades estudiadas en cada caso y los métodos utilizados. Siguiendo la línea de Castaño y Martínez-Benlloch⁸ no debe perderse de vista que la mayoría de las mujeres viven la menopausia sin problematizarla, integrándola perfectamente

en su desarrollo y que, probablemente, son varios factores los que inciden en la estabilidad emocional en esta etapa.

Del mismo modo, normalmente se asocia la insatisfacción de la imagen corporal con baja autoestima, pero en la muestra estudiada tampoco fue un estado de ánimo predominante.

En este caso la gran mayoría de las mujeres manifestaron sentir insatisfacción por su imagen corporal a través del test de siluetas utilizado, donde eligieron una figura cuyo IMC era muy alejado de su IMC real. Es decir que no solamente están insatisfechas consigo mismas, sino que además sus ideales muchas veces están lejos de las posibilidades reales para una mujer de esa edad si se tienen en cuenta los cambios morfológicos que se producen con el paso del tiempo.

La insatisfacción corporal podría llegar a ser un factor desencadenante para el desarrollo de trastornos alimentarios más graves. Sin embargo, su presencia no implica necesariamente tal desenlace.

La influencia de los factores socio-culturales que ejercen presión por “verse” bien sumado a la insatisfacción del propio cuerpo, predispone a la adopción de malos hábitos alimentarios que perpetuados en el tiempo podrían llegar a traer consecuencias negativas en la salud.

Finalmente, en el trabajo actual, hallamos una asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la perturbación de la imagen corporal, concordando así de manera parcial con la hipótesis planteada

en nuestra investigación, proponiéndonos dejar abierto el interrogante para futuras investigaciones.

Limitaciones del Trabajo:

Se mencionan a continuación las posibles limitaciones del estudio:

Aunque existen métodos más específicos para medir cada una de las variables analizadas, estos resultan más extensos y dificultan su aplicación en el campo, por lo que en este estudio se optó por aquellas técnicas más accesibles para llevar a cabo en la muestra.

Por otra parte, habiéndose encontrado muy baja prevalencia para el trastorno por atracón, no fue posible llevar a cabo la totalidad de pruebas estadísticas para hallar o no asociación con las otras variables estudiadas. Sería interesante, para futuras investigaciones, contar con una muestra mayor, o bien estudiar una población conformada sólo por individuos que padezcan este trastorno, para analizar su relación con posibles factores predictores y poder así, contrastar esos resultados con otros trabajos.

Por último, debido al acotado tamaño muestral, los resultados aquí obtenidos sólo representan tendencias que no deben extrapolarse a las mujeres adultas en general, siendo necesarios futuros estudios para constatar estos hallazgos.

V. CONCLUSIONES

A través del abordaje del presente trabajo de investigación sobre la relación entre el BED y el estado nutricional, la insatisfacción de la imagen corporal y los estados de ánimo presentes en las mujeres adultas, podemos concluir:

La mayor parte de las mujeres estudiadas presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad, y manifestaron insatisfacción con su imagen corporal. Se encontró asociación directa entre ambas variables. La mayoría de las mujeres expresaron su deseo por ser más delgadas, siendo una minoría las satisfechas con su cuerpo.

El estado de ánimo predominante al momento del estudio fue la alegría, sin hallarse asociación entre el BED, los distintos estados de ánimo, el estado nutricional y la insatisfacción de la imagen corporal.

La prevalencia del BED resultó dentro de los valores esperables para la población en general, sin encontrarse asociación con ninguna de las variables estudiadas. Del mismo modo, la etapa biológica, no fue asociada con ninguna de las variables estudiadas.

VI. ANEXOS



Instrucciones

La encuesta es anónima. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y serán utilizadas únicamente para obtener información para el presente trabajo.

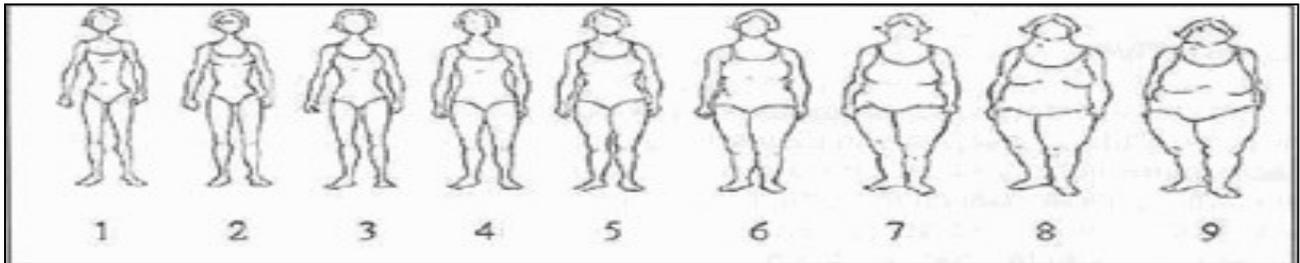
<u>Edad:</u>	<u>Altura(m):</u>	<u>Peso(kg):</u>
¿Cuándo fue su última menstruación? Marque con una cruz.		
a) Hace un año o más	<input type="checkbox"/>	
b) Presenta períodos irregulares	<input type="checkbox"/>	
c) Presenta períodos regulares	<input type="checkbox"/>	
¿Toma algún medicamento? SI – NO		
¿Cuáles? _____		

Seleccione la opción que más se acerque a su modo de actuar y/o pensar con una cruz:

	SI	NO
1) Durante los pasados tres meses, ¿alguna vez comió una cantidad realmente grande de alimentos en un periodo corto de tiempo? (2 hs aproximadamente) <i>(si su respuesta es NO continúe con la pregunta número 7)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Cuando comió una gran cantidad de alimentos, ¿alguna vez sintió que no podía parar de comer o que estaba fuera de control? (si su respuesta es NO continúe con la pregunta número 7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Durante el episodio (puede marcar más de una opción):		
-Come mucho más rápido que lo considerado normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Come hasta sentirse incómodamente lleno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Come grandes cantidades de alimentos cuando no siente hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Come solo debido al sentimiento de vergüenza por lo mucho que se come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Se siente disgustado con usted mismo, deprimido o con mucha culpa después de comer una cantidad grande de alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Siente malestar (físico) intenso después de comer una gran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cantidad de alimentos?		
5) El episodio de consumir una gran cantidad de alimentos, ¿Se produce al menos una vez a la semana en los últimos 3 meses?		
6) Después de este episodio, ¿Ha realizado alguna de las siguientes acciones? Puede marcar más de una opción.		
- <i>Ayuno</i>		
- <i>Dietas restrictivas</i>		
- <i>Tomar diuréticos</i>		
- <i>Usar enemas o laxantes</i>		
- <i>Provocarse vómitos</i>		
- <i>Ejercicio excesivo</i>		

7) Marque con una cruz la figura que desearía tener:



8) Lea cada frase y marque con una cruz el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo se siente ahora mismo. No piense cada respuesta durante mucho tiempo.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Me siento nerviosa											
2. Me siento irritada											
3. Me siento alegre											
4. Me siento melancólica											
5. Me siento tensa											
6. Me siento optimista											
7. Me siento decaída											
8. Me siento enojada											
9. Me siento ansiosa											
10. Me siento apagada											
11. Me siento molesta											
12. Me siento animada											
13. Me siento intranquila											
14. Me siento enfadada											
15. Me siento contenta											
16. Me siento triste											

VII. AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Buenos Aires y a los docentes que nos han formado durante estos años. A la Doctora María Elena Torresani por guiarnos en la realización de esta tesina. A nuestras familias y amigos por su apoyo incondicional de siempre.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Investigaciones sobre la Menopausia en los años noventa. [Internet] OMS IRIS Repositorio institucional para compartir información. 1996 [Citado: 28 de Junio de 2016] Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41984/1/WHO TRS 866 spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41984/1/WHO_TRS_866_spa.pdf)
- ² Ortega Ceballos P, Morán C, Blanco Muñoz J, Yunes Díaz E, Castañeda Iñiguez M, Salmerón J. Factores reproductivos y de estilos de vida asociados menopausia temprana en mujeres mexicanas. Salud Pública de México. [Internet] 2006. [Citado: 28 de Junio de 2016] 48(4) [303-307]
- ³ Rossi ML, Oliva ML, Squillace C, Belén L, Alorda MB, Maffei L, et al. Ganancia de peso corporal a partir de la menopausia y perfil alimentario en una muestra de mujeres de la ciudad de Buenos Aires. Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición [Internet] 2015 [Citado: 28 de Junio de 2016] 16(2): [41-50]
- ⁴ Torresani ME, Somoza MI. Cuidado nutricional en el climaterio. En: Lineamientos para el cuidado nutricional. 3º Edición. Buenos Aires; Eudeba: 2009. p.504-527
- ⁵ Romero López E, Sánchez Miranda G. El misterio de la menopausia: la perspectiva de las mujeres. Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet] 2010 [Citado: 28 de Junio de 2016] 68(31): [39-55]
- ⁶ Pavón de Paz I, Alameda Hernando C, Olivar Roldán J. Obesidad y menopausia. Nutrición Hospitalaria [Internet] 2006 [Citado: 28 de Junio de 2016] 21(6): [633-637]

-
- ⁷ Baker J, Runfola C. Trastornos alimentarios en mujeres de mediana edad: ¿un trastorno de la alimentación en la perimenopausia?. *Maturitas*. [Internet] 2016 [Citado 29 de Junio de 2016] 85: [112-116]
- ⁸ Castaño D, Martínez Benlloch I. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de psicología* [Internet] 1990 [Citado: 2 de Julio de 2016] 6(2): [159-168]
- ⁹ Gómez Martínez A, Mateos Ramos A, Lorenzo Díaz M, Simón Hernández M, García Nuñez L, Cutanda Carrión B. Representaciones socioculturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete (España). *Index de Enfermería*. [Internet] 2008 [Citado: 2 de Julio de 2016] 17(3)
- ¹⁰ Gil D. Menopausia y modernidad. *IATREIA Revista Médica Universidad de Antioquia*. [Internet] 1999 [Citado: 2 de Julio de 2016] 12(4)
- ¹¹ Esnaola I, Rodríguez A, Goñi A. Insatisfacción corporal y presión sociocultural percibida: diferencias asociadas al sexo y a la edad. *Salud Mental* [Internet] 2010 [Citado : 3 de julio de 2016] 33(1): [21-29]
- ¹² Sánchez Vázquez I, Rossano Bernal B. Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta. [Internet] 2012 [Citado: 2 de Julio de 2016]
- ¹³ Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz. Cuadernos de Ciencias de la Salud*. [Internet] 2007 [Citado: 2 de Julio de 2016] 8: [171-183]

14 Polivy J & Herman CP. Dieting and bingeing: A casual analysis. *American Psychologist*, 1985, 40 [193-201].

15 Freeman FC. Impulsive related disorders: An overview. In L. Peplinkhuizen & WMA. Verhoeven (eds). *Destructive drives and impulse control, fourth international symposium* (pp.912). Nigtevecht: Benecke Consultations. 1991.

16 DSM-5 Development. [Internet] USA. American Psychiatric Association; [Actualizado: 2014; Citado: 30 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

17 García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-5. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista Iberoamericana de Psicología*. [Internet] 2014 [Citado: 30 de Junio de 2016] 110: [70-74]

18 Guisado J, Vaz J. Aspectos clínicos del trastorno por atracón “binge eating disorder”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. [Internet]. Enero/Marzo 2001. [citado 30 de Junio de 2016] 21(77): [27-32]

19 Hamburger WH. Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America*, 1951,35: [483-99]

20 Stunkard AI. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*. [Internet] 1959 [Citado: 30 de Junio de 2016] 33(2): [284-292]

21 BingeEatingDisorder.com [Internet] USA. Shire US Inc. ; [Actualizado: Julio de 2015; Citado: 30 de Junio de 2016] Disponible en: <http://www.bingeeatingdisorder.com/what-is-BED.aspx>

22 Gormally J, Black S, daston S & Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 1982, 7:[47-55].

23 Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. [Internet] 1992 [Citado: 30 de Junio de 2016] 11(3) [191-203]

24 Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, et al. Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. *International Journal of eating Disorders* [Internet] 1993 [Citado: 30 de Junio de 2016] 13(2) [137-153]

25 Román V. Cada vez más gente come en 2 horas lo que comería en 4 días. *Clarín*. Sábado 17 de febrero de 2007. Sociedad. Disponible en: <http://edant.clarin.com/diario/2007/02/17/sociedad/s-04401.htm>

26 Tercer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. [Internet] Ministerio de Salud de la República Argentina. 2013 [Citado: 6 de Noviembre de 2016] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

27 Fatoumauta RS, et al. Validez del peso y talla auto-referido en población universitaria y factores asociados a las discrepancias entre valores declarados y medidos. *Nutr Hosp*. 2013; 28(5):1633-1638.

28 Díaz-García J, González-Zapata LI, Estrada- Restrepo A. Comparación entre variables antropométricas auto reportadas y mediciones reales. *Arch. Latinoam. Nutr*. 2012; 62 (2): 112-118.

-
- 29** Collins ME. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10: [199-208].
- 30** Sanz J. Escala de valoración del estado de ánimo. Ficha técnica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid [Internet] 2001 [Citado: 24 de agosto de 2016] Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2013-04-19-Ficha%20tecnica_EVEA.pdf
- 31** ENNyS Documento de resultados 2007. Ministerio de Salud de la Nación.
- 32** Striegel-Moore R, Wilson T, Wilfley D, Elder K, Brownell T. Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*. 1998.
- 33** Larrañaga Vidal A, García Mayor RV. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutrición Hospitalaria* [Internet] 2009 [Citado: 2 de Julio de 2016] 24(6): [661-666]
- 34** Villaseñor Ballardo SJ, Ontiveros Esqueda C, Cárdenas Cibrian KV. Salud mental y obesidad. *Investigación en salud*. 2006; 8(2):86-90.
- 35** Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2007; 33(3)1-8.
- 36** Ríos Martínez BP, Rangel Rodríguez GA, Álvarez Cordero R, Castillo González FA, Ramírez Wiella G, Pantoja Millán JP, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2008;6(4):147-153.