



TRASTORNO POR ATRACON EN MUJERES ADULTAS

AUTORES:

ALEBUENA, Daiana

ANDRADA, Javier

LARRONDO, María Eugenia

SAPORITI, Daniela

DIRECTOR:

Lic. BELEN, Lorena

Lic. ROSSI, Ma. Laura

PLANILLA DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS ORIGINALES

FECHA:/...../.....

COMITÉ EVALUADOR:

.....
.....

CONTENIDO	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO
- Concepción del estudio y búsqueda de antecedentes	10	
- Diseño y recolección de los datos	10	
- Análisis e interpretación de los datos	10	
- Elaboración de conclusiones y propuestas	10	
CARACTERÍSTICAS GRUPALES		
- Iniciativa y Autonomía	5	
- Responsabilidad	5	
- Pensamiento crítico	5	
- Evolución en el desarrollo del trabajo	5	
- Funcionamiento del grupo	10	
PRESENTACIÓN ORAL		
- Claridad y seguridad en la exposición, y adecuación de la misma en tiempo y forma	10	
- Concordancia entre el trabajo desarrollado y la presentación oral	10	
- Contenido del material audiovisual	5	
- Respuesta del grupo en su conjunto a los interrogantes planteados	5	
TOTAL	100	

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

CALIFICACIÓN DEFINITIVA:

FIRMA DEL COMITÉ EVALUADOR:.....

Derechos para la publicación del trabajo final en Nutrición Investiga

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Fecha:

Nutrición Investiga

En calidad de autores del trabajo final de grado denominado:

“Certificamos que hemos contribuido al contenido intelectual de este trabajo, ya sea en la concepción y diseño, análisis e interpretación de los datos y en la redacción o revisión crítica del mismo, por lo cual estamos en condiciones de hacernos públicamente responsables de él y aceptamos que nuestros nombres figuren en la lista de los autores, incluido el/los director/es”.

Los abajo firmantes aprobamos su publicación en forma de:

- Resumen
- Trabajo completo

En la publicación periódica **Nutrición Investiga** en sus formatos CD (ISSN 1853-8061) y en línea.

Cordialmente,

Autor:.....

Autor:.....

Firma:

Firma:.....

DNI:.....

DNI:.....

Autor:.....

Autor:.....

Firma:

Firma:.....

DNI:.....

DNI:.....

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por Atracón (TA) es un trastorno psicológico caracterizado por el consumo de grandes cantidades de comida, con intervalos cortos de tiempo, acompañado de pérdida de control sobre la ingesta.

Objetivos: El objetivo general fue determinar la proporción de TA en una muestra de 101 mujeres de entre 30 y 65 años, residentes en la provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo realizado mediante encuesta autoadministrada voluntaria y anónima de elaboración propia. Se evaluaron la etapa biológica (pre y postmenopausia), el índice de masa corporal (IMC, considerado alterado cuando era $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), el riesgo cardiometabólico a través de la circunferencia de cintura (CC) mayor a 88 cm, la actividad física (AF) considerada regular según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alimentos de preferencia y estado de ánimo durante los atracones y la frecuencia de los mismos. Se aplicaron la prueba de X^2 o exacta de Fisher y el cálculo de OR con IC95%, mediante paquete estadístico SPSS 19.0. Nivel de significación estadístico en alfa = 0,05.

Resultados: La edad promedio fue $39,3 \pm 9,61$ años y el IMC $28,8 \pm 6,19 \text{ kg/m}^2$. El 86,7% fueron premenopáusicas y el 15,8% de las mujeres presentó TA moderado. Se encontró asociación estadística significativa entre TA y etapa biológica ($p=0,013$) y entre el TA y la ansiedad ($p=0,03$); pero no la hubo con el resto de las variables estudiadas.

Los alimentos más elegidos fueron los panificados dulces y los fiambres/quesos. El 37,5% refirió presentar los atracones menos de una vez por semana.

Conclusión: La etapa biológica y la ansiedad fueron variables no independientes con el TA y a pesar que el porcentaje de mujeres con IMC alterado fue alto, no fue estadísticamente significativo.

Palabras clave: Trastorno por atracón, mujeres, premenopausia, ansiedad, exceso de peso.

ABSTRACT

Introduction: Binge Eating Disorder (BED) is a psychological disturbance that consists in eating a large amount of food in short periods of time with a loss of control over the intake.

Objectives: The general objective was to determinate the proportion of BED performed on a sample of 101 women between 30 – 65 years old residing in the province of Buenos Aires.

Methodology: It is a retrospective transversal and a descriptive study achieved by a self-made anonymous, voluntary and self-administrated survey. It was evaluated biological stage (pre and postmenopausal), Body Mass Index (BMI, altered when it is $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), cardiometabolic risk according to Waist Circumference ($\text{WC} > 88 \text{ cm}$), physical activity considered regular according to OMS recommendation, favorite food and mood during the binge and its frequency. X^2 and Fisher's exact test were

used and OR with CI95% was calculated by using statistical package SPSS 19.0. Statistical significance level $\alpha = 0,05$.

Results: The average age was $39,3 \pm 9,61$ years old and the BMI $28,8 \pm 6,19$ kg/m². The 86,7% were premenopausal women and the 15,8% of the women presented moderated BED.

It was found statistically significant association between BED and biological stage ($p=0,013$) and between BED and anxiety ($p=0,03$), but it did not happen with the others variables studied.

The most chosen foods were baked food and cold meat/cheeses. The 37,5% had binges occasionally.

Conclusion: Biological stage and anxiety were not independent variables with BED and in spite of the percentage of women with IMC altered was high, it was not statistically significant.

Keywords: binge eating disorder, women, premenopausal, anxiety, overweight.

INDICE

I. Introducción	1
II. Objetivos	13
III. Materiales y Métodos	14
IV. Resultados	18
V. Discusión	25
VI. Conclusión	28
VII. Anexos	30
VIII. Agradecimientos	38
IX. Referencias bibliográficas	39

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Atracón (TA) es un trastorno psicológico caracterizado por el consumo de grandes cantidades de comida, mayores de las que comería habitualmente una persona bajo circunstancias similares, con intervalos cortos de tiempo, acompañado de pérdida de control sobre la ingesta. Estas condiciones deben estar asociadas a tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza de todo lo que se come y sentir disgusto, culpabilidad o depresión después de los atracones. Todos estos síntomas deben manifestarse al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses y en ausencia de conductas compensatorias (vómitos, purgas, realización de ejercicios, uso de diuréticos y laxantes) características de la bulimia nerviosa.¹

Pese a que inicialmente se consideró el TA un trastorno de la edad adulta, recientes estudios sugieren la existencia del mismo en edades más tempranas. Cada vez existe mayor evidencia de que este trastorno se inicia durante la infancia y adolescencia, con edades que van desde el comienzo de la adolescencia hasta los 20 años. La duración media del trastorno es de 4,3 años.²

El TA es más frecuente entre obesos que entre sujetos de peso normal y en las mujeres por sobre los hombres, a pesar de que en estudios realizados con muestras de comunidades se han encontrado tasas semejantes entre ambos sexos.³

La prevalencia del TA es variable, según la población en estudio. En la

población general se presenta en alrededor del 1,4%¹ y se estima que es de 1,6 % en mujeres y 0,8 % en hombres, siendo las diferencias de género menos pronunciadas que en la bulimia y la anorexia nerviosa. Las tasas de prevalencia son similares en distintos países industrializados.⁴

En la población obesa aumenta su frecuencia de aparición, oscilando entre el 9 y el 17%. Por otro lado, el atracón subclínico, aquel que no cumple con todos los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), es mucho más frecuente que el atracón propiamente dicho, con una frecuencia de entre el 20 y el 30%.⁵

ANTECEDENTES

En el año 1951, Hamburger describió un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por ciertos alimentos como caramelos, helados y otros dulces. Pero la existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard en 1959, al identificar un subgrupo que presentaba un patrón de ingesta nocturna, que él llamó Night Eating Syndrome (NES), en el cual se presentaban atracones nocturnos seguidos de restricción matutina, que a su vez precedían el nuevo ciclo atracón-restricción.⁶

Korhaber, en 1970, definió el Stuffing Syndrome como una entidad en obesos caracterizada por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión.⁷

En 1980 en el DSM-III, estos individuos se clasificaban dentro de los trastornos de la alimentación no especificados en otra parte. Esta clasificación se

mantuvo en el DSM-III-R (Revisión).⁸

En la década de 1990 se perfilaron sus singularidades y se le empezó a denominar "síndrome de sobreingesta" o "trastorno por ingesta compulsiva".⁹

En el DSM-IV (1994) se hace referencia más específica al trastorno y aparece por primera vez el nombre de «Trastorno por Atracónes de Alimentación». ⁸

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

Las características clínicas de los pacientes con TA incluyen fluctuaciones en el peso, mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo/figura, psicopatología general, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, historia de depresión, abuso de alcohol/drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa (Índice de masa corporal (IMC) $>35 \text{ kg/m}^2$), inicio precoz del sobrepeso e inicio temprano para hacer dietas.¹⁰

Los pacientes con TA muestran patrones alimentarios disfuncionales, más allá de su fluctuación relacionada con el estado de ánimo. Entre ellos se encuentran restricciones de comida por las mañanas, cantidades dobles de alimento, comidas nocturnas y/o picoteo entre comidas.¹¹

La ingesta de comida es mayor en la alimentación diaria y en los atracones, fundamentalmente de grasa, dulces y comida rápida (a diferencia de la bulimia nerviosa que aumenta el consumo de todo tipo de comida y principalmente ocurre en los atracones).¹²

Los atracones pueden desencadenarse por restricción alimentaria severa, sensación fisiológica de hambre y estados de ánimo negativos.¹³

El descontrol es el eje central de los atracones, éste ocasiona que la ingesta sea rápida, a veces sin apetito, principalmente a solas, hasta que se alcanza una sensación incómoda de saciedad. Por último, se identifica un sentimiento de culpabilidad, disgusto y depresión, que refleja un distrés por la presencia del trastorno, asociándose a mayor psicopatología y gravedad del mismo.¹⁴

La presencia de un distrés marcado en las personas con TA significa que esta población siente un grado de decepción elevado por haber comido de más y por la sensación de no poder parar de comer o controlar la cantidad de alimento ingerido.^{15,16,17} Recientes estudios consideran que los atracones en el TA pueden ser el resultado de una ruptura en la regulación de la emoción y el impulso, causada por el aumento repentino del afecto negativo y el estrés y/o descenso de emociones positivas. Pero, a diferencia de la bulimia nerviosa, estos atracones como estrategia de afrontamiento de emociones negativas no van seguidos de un alivio inmediato del malestar psicológico.¹⁸

El trastorno descrito suele tener una presentación intermitente con un porcentaje importante de individuos que informan de períodos de tiempo significativos en los que no se dan atracones.¹⁹

Se han referido factores asociados en los pacientes con TA como pueden ser: experiencias adversas en la infancia, historia de trastornos afectivos en los padres, predisposición a la obesidad u obesidad en la infancia, repetida exposición

a comentarios negativos sobre su figura/peso y comida, personalidad perfeccionista y una autovaloración negativa que podrían influir en su conducta alimentaria.²⁰

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Desde el año 2013, el DSM-V reconoce específicamente al "trastorno por atracón" como el tercer trastorno del comportamiento alimentario, junto a la anorexia nerviosa y a la bulimia. Hasta ese año era un trastorno no específico y propuesto para investigación.¹

Respecto al DSM-IV solo se ha producido un cambio significativo en los criterios diagnósticos: el criterio temporal. En el DSM-IV la frecuencia de atracones era de al menos 2 veces por semana en los últimos 6 meses, y en el DSM-V tanto la frecuencia como la temporalidad exigida para cumplir el criterio es menor (una vez a la semana durante tres meses). El DSM-V, además, incluye especificaciones de remisión y de gravedad.

De acuerdo a éste, el antecedente más común de los atracones es el afecto negativo. Otros disparadores son los estresores interpersonales, la restricción alimentaria, sentimientos negativos respecto al peso o la forma corporal o la comida y el aburrimiento.

Este trastorno se puede presentar en personas con peso normal, sobrepeso y obesidad. Aunque existe una relación del mismo con la obesidad, no es apropiado relacionarlo directamente con ésta; ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente.

Criterios DSM-V para el trastorno por atracón:

A) La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (por ej., de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (por ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B) Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes hechos:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.

2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no siente hambre físicamente.

4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C) Malestar intenso respecto a los atracones.

D) Los atracones se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E) El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

Especificaciones de remisión y de gravedad

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Gravedad

La gravedad se basa en la frecuencia de los episodios de atracones.

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.
- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.⁴

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

En la evaluación del TA se pueden utilizar diversas estrategias de valoración en los trastornos del comportamiento alimentario.²¹ Puede utilizarse una entrevista clínica estructurada como la Interview for Diagnosis of Eating Disorders²², autorregistros de las pautas de alimentación o cuestionarios de autoinforme como la Binge Eating Scale (Cuestionario de Escala de Atracón).²³

Los cuestionarios e instrumentos que se utilizan para diagnosticar la conducta alimentaria de los individuos con TA son:

- The Questionnaire of Eating and Weight Patterns.^{10, 24} Se utiliza para clasificar BED (Binge Eating Disorder, sigla que denomina TA en el idioma inglés) y bulimia nerviosa purgativa/no purgativa.
- The Binge Eating Scale.²⁴ Divide a los pacientes según la existencia de atracones (moderados o severos) o la no existencia de los mismos, basándose en la puntuación de la escala.
- The Eating Disorder Inventory-2.²⁵ Mide las características clínicas de la anorexia y bulimia nerviosa, y la severidad de los atracones en población obesa.²⁶
- The Three-Factor Eating Questionnaire ²⁷ que mide restricción, desinhibición y sensación de hambre cuando el paciente se enfrenta a la comida.
- The Eating Disorder Examination.²⁸ Valora psicopatología y comportamientos específicos de los trastornos alimentarios. Estudia la restricción, sobreingesta, preocupación por la figura/peso y comida.

Para un adecuado abordaje de este trastorno, cabe destacarse la importancia de considerar el TA como una problemática compleja que presenta múltiples comorbilidades psicológicas.²⁹ Algunas de las más relevantes son sintomatología depresiva, ansiedad y déficit de autoestima.³⁰

Debido a la faz multifacética de la enfermedad, en la cual también convergen factores sociales, culturales y familiares, el tratamiento de estos pacientes debe manejarse a través de un equipo multidisciplinario y en un marco institucional.³¹

Desde el punto de vista de las intervenciones psicosociales, las que mayor apoyo tienen son los enfoques cognitivos conductuales y la terapia interpersonal.³²

Resultados de los estudios pioneros muestran que la incorporación de estrategias conductuales para perder peso, en las que se aconseja reducciones calóricas moderadas o graves y el incremento de la actividad física, disminuye la frecuencia de los atracones de forma rápida y mejora el malestar psicológico de los sujetos, alcanzando resultados que se mantienen en el seguimiento.³³

La terapia interpersonal ha sido la segunda forma de terapéutica empleada con los pacientes con TA. En su adaptación a pacientes con dicho trastorno, el tratamiento mencionado, consta de tres estadios.³⁴

Por otro lado, existe la terapia farmacológica, donde los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (antidepresivos) han sido los más utilizados, ya que éstos reducen la frecuencia de los atracones. También se están explorando otros grupos farmacológicos como anorexígenos o, incluso, anti-convulsivantes.³²

En el TA los programas de autoayuda para los casos leves y la terapia cognitiva-conductual para los demás casos son los tratamientos de elección.³⁵ Los objetivos fundamentales en el tratamiento suelen ser la reducción de la frecuencia de los atracones y la disminución de la cantidad de alimentos que se ingieren en cada uno de ellos, pero es conveniente realizar un tratamiento global, que incluya diferentes áreas del funcionamiento psicosocial.³²

CLIMATERIO, MENOPAUSIA Y PERIMENOPAUSIA

En la mujer adulta ocurre un proceso de envejecimiento durante el cual se ven implicados una serie de cambios fisiológicos con pérdida celular y deterioro de los órganos. El envejecimiento del aparato reproductor femenino da inicio a una etapa biológica que incluye la menopausia y el climaterio; en éstas existe una declinación de la función ovárica (producción disminuida de estrógenos) que se asocia con factores que repercuten en la salud de la mujer como la redistribución de la masa grasa o el aumento de peso; incrementando de esta manera su morbimortalidad.³⁶

El climaterio se refiere a un período más o menos prolongado, que incluye tanto a la etapa que antecede como a la que sigue a la menopausia y se caracteriza por la transición de la etapa reproductiva a la no reproductiva. La perimenopausia, es la fase anterior a la menopausia, designa al intervalo de transición que se inicia cuando los ciclos menstruales de las mujeres se tornan irregulares, es decir, la transición entre la etapa fértil de la mujer y la culminación de los ciclos menstruales (generalmente desde los 45 hasta los 50 años de edad). Durante estos procesos

tienen lugar diversos cambios (físicos y hormonales entre otros) que llevan a una alteración de la conducta de las mujeres.

La menopausia es el cese definitivo de los ciclos menstruales, luego de doce meses consecutivos de amenorrea que no responde a otra causa fisiológica o patológica.

Los estrógenos, la progesterona y los andrógenos se encuentran en equilibrio en la vida media de la mujer, pero comienzan a fluctuar sus concentraciones los años previos a la menopausia; como consecuencia de esta declinación ovárica se producen síntomas, signos y complicaciones que no necesariamente todas las mujeres van a presentar.³⁷

La sintomatología va desde los sofocos acompañados de calor, enrojecimiento facial y sudoración hasta desórdenes emocionales como cambios en el estado de ánimo, irritabilidad, concentración deficiente, pérdida de memoria, insomnio, depresión, entre otros.³⁷

El descenso de los niveles de estrógenos provoca alteraciones en la liberación de la secreción de leptina, en la regulación del apetito, en el metabolismo del triptófano y en la disminución del turnover de la serotonina y de la dopamina, aumentando la expresión de cuadros de ansiedad en mujeres vulnerables.³⁸

A su vez, los niveles séricos de leptina y de serotonina se correlacionan significativamente con el aumento del IMC y el aumento de la grasa abdominal.^{39,40} Siendo el triptófano el único precursor de la serotonina, y ésta el principal inhibidor de la ingesta de hidratos de carbono, su déficit podría explicar modificaciones en la

conducta alimentaria de las mujeres perimenopáusicas.⁴¹ Así, para alcanzar el efecto serotoninérgico, se describe la aparición de una conducta compulsiva por el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono.³⁷

Diversos estudios demuestran que tras la ingesta de dulces, chocolates y alimentos ricos en azúcares se favorece la síntesis de serotonina a nivel cerebral, lo cual produce sensación de calma luego de los episodios de compulsión.⁴²

El trastorno por atracón puede desencadenarse por estados de ánimo negativos y depresión, que son síntomas característicos que se presentan con el cese de los estrógenos y la consiguiente disminución de serotonina como consecuencia del envejecimiento del aparato reproductor femenino en la perimenopausia y en la menopausia.^{13, 36, 39}

La práctica de actividad física regular contribuye a mejorar el estado de ánimo negativo y los síntomas de depresión ya que mejora la autoestima, brinda sensación de bienestar debido al aumento del nivel de endorfinas, disminuye la ansiedad, regulariza el peso corporal y la distribución de la masa grasa, conservando o aumentando la masa magra.⁴³

La detección de casos en población no clínica es de suma importancia, dado que la intervención precoz por medio de un equipo interdisciplinario y especializado en estas patologías resulta indispensable.⁴⁴ Conocer más ampliamente las comorbilidades relacionadas con el TA y la obesidad, permitirá planificar acciones preventivas y de tratamiento más eficaces en estas situaciones.⁴⁵

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la proporción de Trastorno por Atracón en una muestra de 101 mujeres de entre 30 y 65 años, que residen en la provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- ❖ Caracterizar la población en estudio según edad y etapa biológica.
- ❖ Evaluar el estado nutricional según las variables antropométricas y adiposidad abdominovisceral.
- ❖ Relacionar el trastorno por atracón con la etapa biológica.
- ❖ Relacionar el trastorno por atracón con el estado nutricional de las mujeres.
- ❖ Determinar si cumplen con la recomendación de actividad física.
- ❖ Relacionar el trastorno por atracón con la actividad física.
- ❖ Conocer qué alimentos prefieren las mujeres durante los episodios de atracones.
- ❖ Conocer la frecuencia de los atracones.
- ❖ Conocer los sentimientos que experimentan las mujeres durante el atracón.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño:

Se trata de un estudio descriptivo transversal retrospectivo realizado mediante encuestas autoadministradas y anónimas.

Población y muestra:

La muestra fue seleccionada por conveniencia y estuvo conformada por 101 mujeres adultas, familiares o compañeras de trabajo de los encuestadores, residentes en la provincia de Buenos Aires que se encontraban en sus domicilios o en su lugar de trabajo durante los meses de Julio y Agosto del año 2016.

- Los **critérios de inclusión** fueron mujeres de entre 30 a 65 años que aparentaban un óptimo estado de salud.
- Los **critérios de exclusión** fueron mujeres que desconocían su talla y/o su peso, embarazadas y quienes no quisieron participar del estudio.

Recolección de los datos:

Las variables se obtuvieron a través de una encuesta autoadministrada, voluntaria y anónima de elaboración propia.

Se analizaron las siguientes variables:

- **Edad:** Mujeres entre 30 y 65 años.
- **Trastorno por atracón (TA):** Se midió a través del Cuestionario de Escala de Atracón ⁴⁶⁶ (Anexo I), cuyos puntos de corte son:

- Sin atracón: 0 a 17 puntos.
- Atracón moderado: 18 a 26 puntos.
- Atracón severo: 27 a 46 puntos.
- **Etapas biológicas:** Se evaluó la presencia de ciclos menstruales regulares, irregulares o ausencia de los mismos. Se agrupó a la muestra en mujeres con premenopausia (ciclos menstruales regulares e irregulares) y postmenopáusicas (ciclos menstruales ausentes).
- **Estado Nutricional:**
 - Se calculó el IMC a partir de los datos de peso y talla que fueron referidos por las encuestadas.⁴⁷⁷

Tabla 1. Clasificación de IMC:

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo Peso	≤ 18,5
Peso Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad	≥30

Fuente: OMS, 1998.⁴⁸

Para el análisis bivariado se recategorizó en Exceso de Peso (≥25kg/m²) vs. No Exceso de peso.

- **Circunferencia de cintura (CC):** Su medición fue realizada por los encuestadores utilizando una cinta métrica inextensible en el punto equidistante entre la espina iliaca anterosuperior y el borde inferior

de la última costilla.⁴⁸⁹ A partir de la medición de la CC, la OMS estableció puntos de corte para identificar el riesgo cardiometabólico en mujeres que se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Clasificación de riesgo cardiometabólico:

Riesgo Cardiometabólico	Perímetro de cintura
Bajo	< 80 cm
Aumentado	80-88 cm
Muy Aumentado	>88 cm

Fuente: Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of Overweighth and Obesity in Adults. NIH Publication N° 98, 1998.⁴⁹

Para el análisis bivariado se consideró Riesgo Muy aumentado (>88cm) en comparación con ≤ 88 cm.

- **Actividad física:** Se indagó sobre la frecuencia, la duración y tipo de actividad que realizaban.

Se tomó como parámetro la recomendación propuesta por la OMS para mayores de 18 años de por lo menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada.⁴⁸⁸

- **Estado anímico en el momento del atracón:** Sensación de tristeza/desgano, ansiedad, aburrimiento o hambre, referido por las mujeres encuestadas según su propia percepción.

- **Alimentos de preferencia en el momento del atracón:** Chocolate, golosinas, panificados dulces, snacks, helados, pan o galletitas saladas, fiambres, quesos, comidas rápidas y otros.
- **Frecuencia de los atracones:** Menos de una vez por semana, una vez por semana, dos veces por semana, tres veces por semana y más de tres veces por semana.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron procesados en forma sistematizada mediante la utilización de planillas de cálculo Microsoft Excel 97 y vínculos dinámicos al procesador de textos Microsoft Word.

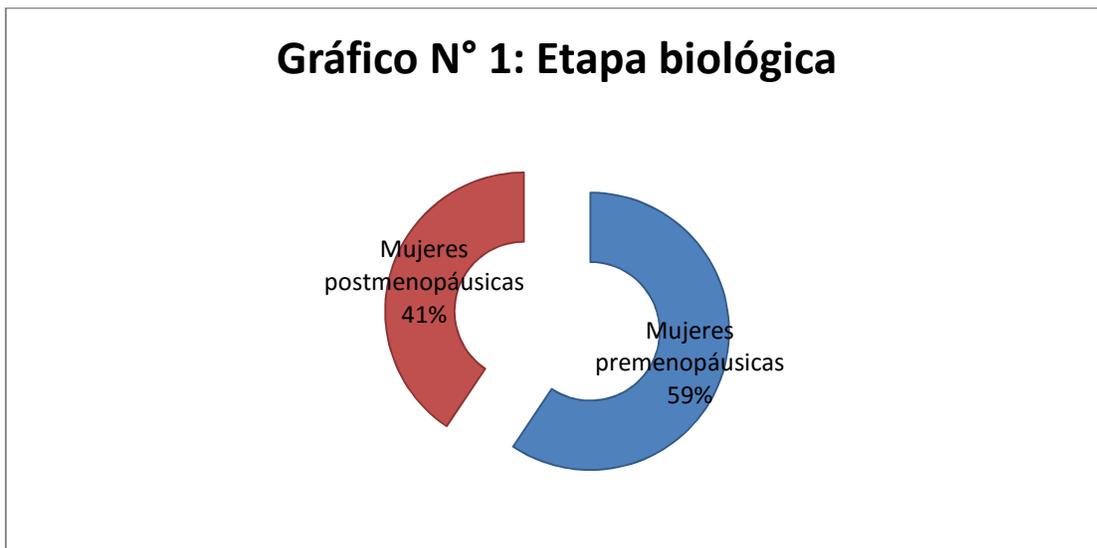
Los resultados se manejaron con el paquete estadístico SPSS 19.0. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar y las categóricas mediante frecuencia y porcentaje. La comparación entre grupos se realizó mediante prueba de X^2 y alternativamente prueba exacta de Fisher para variables categóricas y se calculó el OR con un IC95%. Se estableció un nivel de significación estadístico en $\alpha = 0,05$.

Declaración de conflictos de interés

Se manifiesta no presentar ningún conflicto de interés que haya afectado tanto a la elaboración, conducción del proyecto, como el informe final del presente trabajo.

IV. RESULTADOS

Para la realización del presente estudio se analizó una muestra de 101 mujeres, con un rango de edad de entre 30 a 65 años, donde la edad promedio fue de $43,3 \pm 11,1$ años. Un 59% presentó ciclos menstruales y el 41% se encontró en período de postmenopausia (Gráfico N° 1).



Fuente: Elaboración propia

Presencia del trastorno por atracón

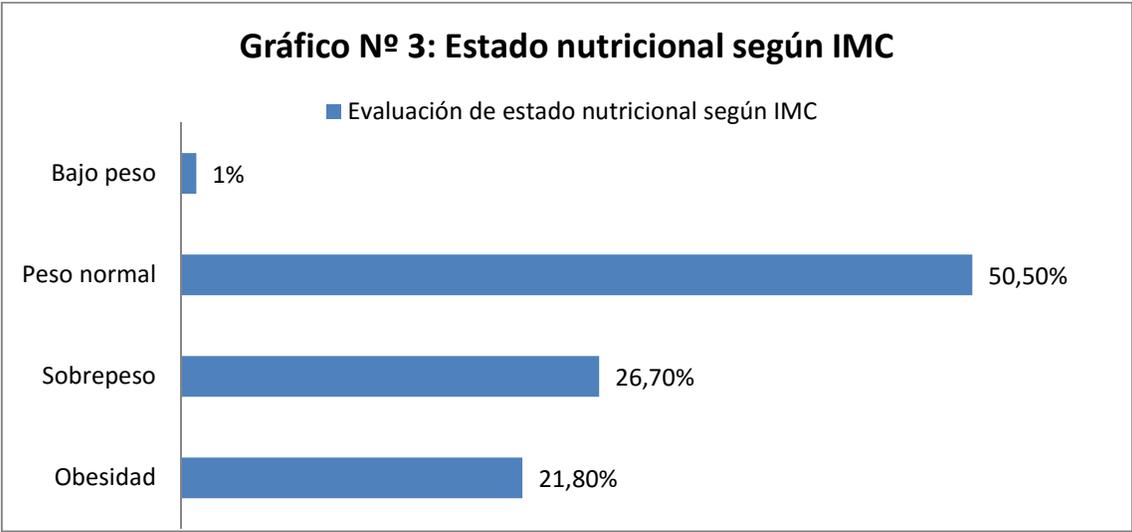
La prevalencia del TA encontrada en el total de la muestra estudiada fue de 15,8% y en todos los casos se presentó en grado moderado (Gráfico N° 2).



Fuente: Elaboración propia

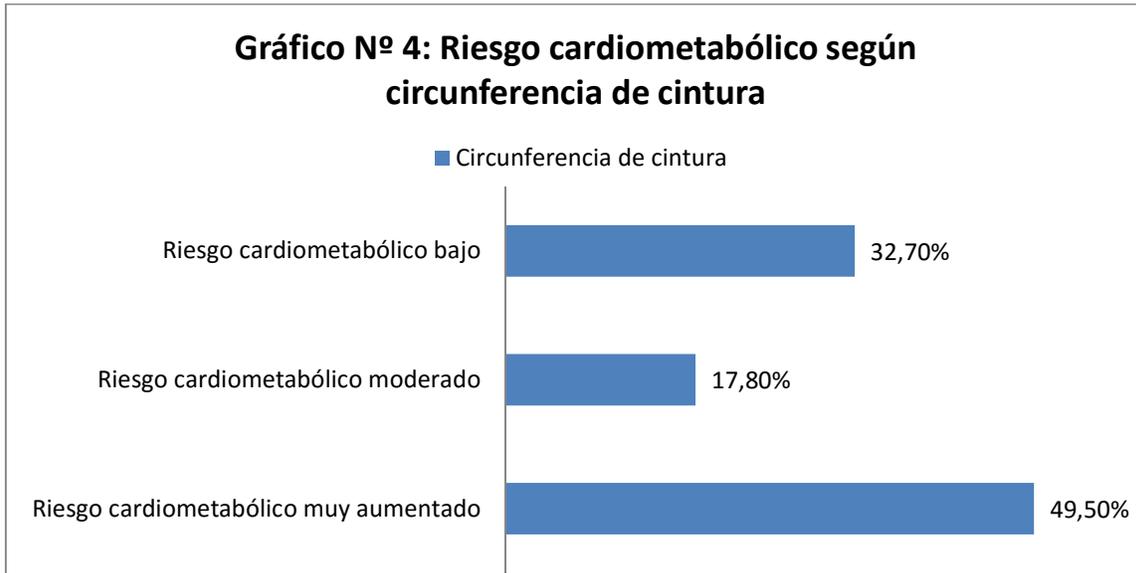
Estado Nutricional

La media de IMC fue de $25,3 \pm 5,27 \text{ kg/m}^2$ y el 48,5% de mujeres presentó sobrepeso u obesidad (Gráfico N ° 3).



Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico N ° 4 se puede observar que el mayor porcentaje de mujeres (49,5%) presentó un riesgo cardiometabólico muy aumentado, según la medición de la CC.



Fuente: Elaboración propia.

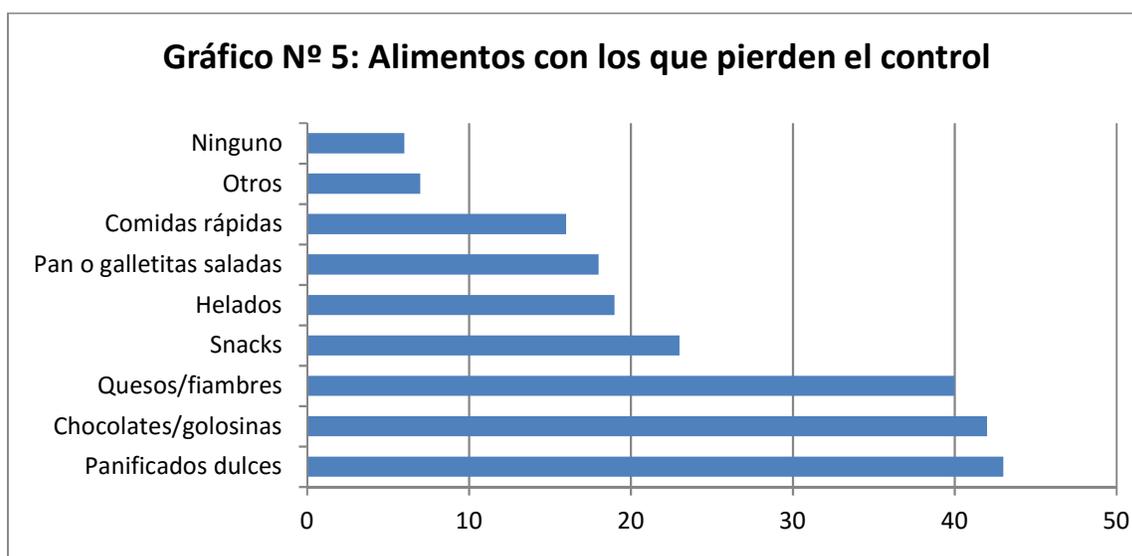
Actividad Física

La mayoría de las mujeres encuestadas no realizaba actividad física de forma regular, representado por un 71,3%. Sin embargo, hubo un porcentaje de mujeres que realizaban actividad física pero no cumplían con la recomendación de la OMS (por lo que fueron consideradas sedentarias), dentro de las actividades más mencionadas se encuentran: caminata, gimnasio, pilates y natación.

El 28,7% que cumplieron con la recomendación de actividad física, realizaban actividades como caminatas, bicicleta y gimnasio en mayor medida; en segundo lugar mencionaron: natación, bicicleta fija y gimnasia aeróbica.

Alimentos con los que pierden el control

Los alimentos de preferencia fueron aquellos de sabor dulce, siendo de mayor elección los panificados dulces (tortas, productos de panadería, galletitas dulces) (Gráfico N° 5). Algunas de las mujeres encuestadas eligieron la opción “otros” incluyendo pastas, dulce de leche y papas fritas.



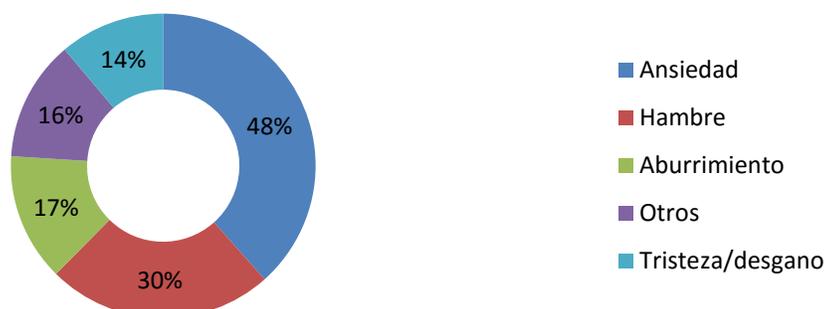
Fuente: Elaboración propia.

Sentimiento en el momento de pérdida de control al comer

El 48% de las mujeres manifestó que en el momento del atracón siente ansiedad (Gráfico N° 6).

Dentro de la clasificación “Otros” refirieron sentimientos como arrepentimiento, angustia, placer por comer un alimento que les gusta mucho, odio o rabia y algunas mujeres indicaron no sentir nada.

Gráfico N° 6: Sentimiento en el momento de perder el control al comer



Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia de pérdida de control al comer

Se observó que el 74,3% de las mujeres encuestadas refiere perder el control de menos de una vez por semana (Gráfico N ° 7).

Gráfico N° 7: Frecuencia de pérdida de control al comer



Fuente: Elaboración propia.

Características de las mujeres con atracón

La etapa biológica y el TA no fueron independientes. Las premenopáusicas fueron las más diagnosticadas según la herramienta utilizada ($p=0,013$). Éstas tuvieron 5,93 veces más oportunidades de presentar atracones (IC 95% 1,27-27,77).

En relación al estado nutricional, el TA y el exceso de peso ($IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$) no mostró asociación estadísticamente significativa ($p=0,07$). Tampoco en relación al riesgo cardiometabólico según cintura considerando $>88 \text{cm}$ ($p=0,96$).

Asimismo, la realización de actividad física se halló independiente del TA ($p=0,72$).

En relación a los estados de ánimo referidos, la ansiedad y el TA no fueron independientes ($p=0,03$). Esta sensación tuvo 6,19 veces más chances de estar presente entre las que tenían atracón (IC 95% 1,64-23,35). El 81,4% de las mujeres diagnosticadas con TA refirió sentir ansiedad en el momento del atracón.

Del total de las mujeres que tuvo diagnóstico de atracón moderado (15,8%) la edad promedio fue de $39,3 \pm 9,61$ años y la mayoría (86,7%) se encontraba en premenopausia. En cuanto a la evaluación nutricional, el IMC promedio fue de $28,8 \pm 6,19 \text{ kg/m}^2$ y un 68,8% se clasificó en exceso de peso (sobrepeso y obesidad). Del análisis de la CC surgió que el 50% tenía riesgo cardiometabólico muy aumentado.

Respecto a la actividad física, el 25% de las mujeres con atracón la realizó en forma regular. Las actividades que mencionaron fueron caminata, bicicleta, gimnasia aeróbica y salir a correr.

Los alimentos de preferencia indicados fueron en primer lugar los panificados dulces y los fiambres/quesos (50%), le siguieron chocolates/golosinas (43,8%) y en tercer lugar pan o galletitas saladas (31,3%).

El 37,5% refirió presentar los atracones menos de una vez por semana, el 25% una vez por semana y el 18,8% tres veces por semana.

Los datos mencionados anteriormente se resumen en la tabla N° 3.

Tabla N ° 3: Asociación entre etapa biológica, antropometría, actividad física y sentimientos ante la pérdida de control al comer y el Trastorno por Atracón.

VARIABLE	X ²	p-valor	OR	IC 95%	
Etapa Biológica	6,22	0,01	5,93	1,27	27,77
IMC *	3,11	0,07	2,72	0,87	8,50
RCM **	0,002	0,96	1,02	0,35	2,98
Actividad Física	0,13	0,72	0,80	0,23	2,72
Sentimientos ante la pérdida de control al comer					
Tristeza/Desgano	1,97	0,16	2,50	0,67	9,26
Ansiedad	8,67	0,03	6,19	1,64	23,35
Aburrimiento	2,55	0,61	0,66	0,13	3,24
Hambre	1,09	0,29	0,49	0,13	1,88

*Considerando Exceso (SP y OB) vs NO exceso ** Considerando Riesgo Muy Aumentado vs Bajo y Aumentado.

Fuente: Elaboración propia.

V. DISCUSION

En el presente trabajo, el TA y el exceso de peso no mostraron asociación estadísticamente significativa, tampoco la hubo en relación al riesgo cardiometabólico según CC, a diferencia de estudios publicados en el ámbito nacional donde se demostró que las mujeres con sobrepeso u obesidad y con CC aumentada presentaban significativamente más riesgo de padecer el trastorno que aquellas con perfil antropométrico normal.^{50,50}

En la investigación realizada por Oliva y col. sobre una muestra de mujeres postmenopáusicas no se encontró asociación estadística entre la aparición de compulsión glucídica y la etapa biológica.⁵¹ En otro estudio elaborado en mujeres austriacas de 40 a 60 años, las de mediana edad mostraron una preponderancia a padecer el trastorno.⁵² En esta investigación no fueron independientes el TA y la etapa biológica a favor de las pre menopáusicas.

Respecto a los alimentos de preferencia durante los episodios de atracón o compulsión, los distintos trabajos refirieron que las mujeres se inclinan por los alimentos de sabor dulce como chocolates y panificados dulces.^{53, 53} Conducta alimentaria que se mantuvo en la presente investigación sumando también la elección de alimentos salados como quesos y fiambres.

La ansiedad y TA no fueron independientes, la mayoría de las mujeres indicó sentirla en el momento del atracón alimentario, al igual que en los trabajos citados anteriormente.^{50, 51, 53}

En el presente estudio, se utilizó un cuestionario para diagnosticar TA pero los sentimientos de depresión y/o ansiedad fueron referidos por las mujeres encuestadas según su propia percepción, sin tener certeza sobre el diagnóstico de estas enfermedades, considerándose como un estado de ánimo y no como una patología, representando esto una limitación.

Otra investigación reveló que los niveles altos de ansiedad estaban relacionados con una mayor frecuencia de atracones y que, a su vez, esta relación variaba según la realización de actividad física, correspondiendo positivamente el atracón y la ansiedad para aquellas personas que no la realizaban regularmente.⁵⁴

En referencia a la misma, en este estudio no se encontró asociación con la presencia de TA pero se observó que la mayoría de las mujeres diagnosticadas no la realizaba en forma regular. En cambio, en un trabajo realizado en una muestra de niñas se concluyó que las que no practicaban actividad física eran las que presentaban en mayor proporción tanto dietas restrictivas como el comer compulsivo que las que la realizaban en forma regular.⁵⁵⁵

La herramienta utilizada para diagnosticar el TA mostró que un 15,8% de mujeres lo presentan en forma moderada. Si se tienen en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-V¹, el 37,5% de ellas no cumplieron con la frecuencia semanal de ocurrencia de los atracones ya que refirieron presentarlos menos de una vez por semana.

Estas diferencias pueden deberse a que el cuestionario de Escala de Atracón no contempla la frecuencia de los atracones, lo cual representó una limitación para la recolección de datos de la presente investigación.

En una de las investigaciones mencionadas anteriormente, la frecuencia de los atracones fue baja (una vez por semana)⁵⁴, hecho que coincide con los resultados del presente trabajo.

Otra limitación de la herramienta utilizada es que determina la presencia del trastorno de acuerdo al puntaje total obtenido pero no identifica cuál o cuáles de los criterio/s del DSM V se cumplen, dificultando así la detección del TA subclínico.

VI. CONCLUSION

Del total de 101 mujeres encuestadas, un 15,8% fue diagnosticada con TA en grado moderado.

El análisis estadístico reflejó que la etapa biológica y el TA no fueron independientes ($p=0,013$), la mayoría de las mujeres con TA (86,7%) se encontraba en período de premenopausia. Éstas tuvieron 5,93 veces más chances de presentar atracones (IC 95% 1,27-27,77).

En referencia a la evaluación nutricional, el IMC promedio fue de $28,8 \pm 6,19$ kg/m² y un 68,8% se clasificó con exceso de peso. El análisis de la CC reveló que el 50% tenía riesgo cardiometabólico muy aumentado.

A pesar de que la muestra presentó un gran porcentaje de mujeres con IMC alterado, no se mostró asociación estadísticamente significativa ($p=0,07$) entre el exceso de peso y el TA. Cabe destacar que el margen que hubo entre asociación significativa y no significativa fue acotado.

En cuanto a la práctica de actividad física, un alto porcentaje de mujeres (75%) no la realizaba regularmente. En referencia a esto no se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia del TA ($p=0,49$).

Respecto a los alimentos de preferencia durante los episodios de atracón, las mujeres se inclinaron, en primer lugar, por panificados dulces y fiambres/quesos y en segundo lugar por chocolates/golosinas.

Considerando el criterio de frecuencia determinado por el DSM-V, el 62,5% de las mujeres diagnosticadas con TA cumplió con el mismo ya que presentó los episodios una vez a la semana durante los últimos tres meses.

La ansiedad y el TA no fueron independientes ($p=0,03$), el 81,4% de las mujeres diagnosticadas manifestó sentir ansiedad durante los episodios. Esta sensación tuvo 6,19 veces más posibilidad de estar presente entre las que tenían atracón (IC 95% 1,64-23,35).

VII. ANEXOS

ANEXO N° 1



Facultad de Medicina - Carrera Nutrición

Encuesta Trastorno por Atracón en Mujeres Adultas

Fecha:

1. Edad:

2. Ciclos menstruales: (Marque la opción correcta).

a) Regulares

b) Irregulares

c) No presenta

▪ ¿Cuánto mide?: _____

▪ ¿Cuánto pesa?: _____

▪ Circunferencia de cintura: _____

3. ¿Realiza actividad física? (caminata, bicicleta, correr, gimnasio, deporte en equipo, etc.)

SI () NO ()

Si responde que si, ¿Cuántas veces por semana? _____

¿Qué actividad/es realiza?: _____

Cada vez que realiza la actividad, ¿Durante cuánto tiempo la realiza?: _____

4. Marcar en cada caso la opción que describa mejor sus sentimientos o percepciones.

1)

- No pienso sobre mi peso o tamaño cuando estoy con otra gente.
- Me preocupo por mi apariencia, pero eso no me hace infeliz.
- Pienso sobre mi apariencia o peso y me siento decepcionada conmigo misma.
- Frecuentemente pienso sobre mi peso y me siento muy avergonzada y disgustada.

2)

- No tengo problema en comer lentamente.
- Puedo comer rápido pero nunca me siento demasiado satisfecha.
- Algunas veces después de comer rápido me siento demasiado satisfecha.
- Generalmente trago la comida casi sin masticar, luego siento que comí demasiado.

3)

- Puedo controlar mis impulsos hacia la comida.
- Creo que tengo poco control sobre la comida en comparación con una persona normal.

- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos hacia la comida.
- Me siento totalmente incapaz de controlar mi relación con la comida y trato desesperadamente de luchar contra mis impulsos hacia ella.

4)

- No tengo el hábito de comer cuando estoy aburrida.
- Algunas veces como cuando estoy aburrida, pero generalmente puedo distraerme y no pensar en la comida.
- A menudo como cuando estoy aburrida, pero algunas veces me distraigo y no pienso en la comida.
- Tengo el hábito de comer cuando estoy aburrida y nada puede pararme.

5)

- Usualmente si como es porque siento hambre.
- Algunas veces como por impulso sin sentirme realmente con hambre.
- A menudo como para calmar el hambre aún hasta cuando sé que he comido lo suficiente. En esas ocasiones ni siquiera puedo disfrutar lo que como.
- Aunque físicamente no sienta hambre, siento la necesidad de llevarme algo a la boca.

6)

Luego de comer demasiado:

- No me siento culpable ni arrepentida en absoluto.
- Algunas veces me siento culpable o arrepentida.

- Casi siempre siento un fuerte sentimiento de culpa o arrepentimiento.

7)

- Cuando estoy haciendo una dieta, nunca pierdo completamente el control con la comida.
- Cuando como una comida prohibida de la dieta, pienso que fallé y como aún más.
- Cuando estoy a dieta y como demasiado, pienso que fallé y como aún más.
- Siempre estoy comiendo excesivamente o haciendo ayuno.

8)

- Es raro que coma tanto que me sienta incómodamente satisfecha.
- Alrededor de una vez por mes como tanto que me siento incómodamente satisfecha.
- Hay períodos regulares durante el mes cuando como grandes cantidades de alimentos en las comidas principales o entre comidas.
- Como tanto que con frecuencia después de comer me siento bastante mal y tengo náuseas.

9)

- La cantidad de calorías que consumo es bastante constante en el tiempo.
- Algunas veces luego de comer demasiado trato de consumir pocas calorías para compensar la comida anterior.

- Tengo el hábito de comer demasiado a la noche y generalmente no tengo hambre a la mañana.
- Tengo períodos en los cuales me impongo dietas muy restrictivas seguidos de períodos en los cuales como demasiado.

10)

- Generalmente puedo parar de comer cuando decido que ya comí lo suficiente.
- Algunas veces me urge un deseo de comer que no puedo controlar.
- A menudo siento fuertes impulsos de comer a los que no les puedo ganar, pero algunas veces me puedo controlar.
- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos de comer.

11)

- No tengo problemas en parar de comer cuando estoy satisfecha.
- Usualmente puedo parar de comer cuando me siento satisfecha, pero algunas veces como tanto que me siento desagradable.
- Es difícil para mí parar de comer una vez que empiezo, usualmente termino sintiéndome muy satisfecha.
- Es un problema real para mí parar de comer y algunas veces vomito porque me siento muy satisfecha.

12)

- Como lo mismo alrededor de mi familia y amigos que cuando estoy sola.

- Algunas veces no como lo que quiero alrededor de la gente porque soy consciente de mis problemas con la comida.
- A menudo como poco alrededor de la gente porque me siento avergonzada.
- Estoy tan avergonzada de comer de más que lo hago solamente cuando nadie me ve. Como en secreto.

13)

- Realizo cuatro comidas al día y ocasionalmente 1 snack o colación.
- Realizo cuatro comidas al día y usualmente también snacks o colaciones.
- Realizo muchas comidas o salteo comidas regularmente.
- Hay veces que me parece que como continuamente sin realizar las comidas principales.

14)

- No pienso en los impulsos que me llevan a comer demasiado.
- A veces mi mente está ocupada con pensamientos sobre cómo controlar mi deseo por comer.
- A menudo paso mucho tiempo pensando sobre lo que comí o cómo no comer.
- Mi mente está ocupada la mayor parte del tiempo con pensamientos sobre la comida.
- Me parece que constantemente estoy luchando para no comer.

15)

- No pienso en la comida más que la mayoría de la gente.

- Tengo fuertes deseos por la comida pero solo por períodos cortos.
- Hay algunos días en los que no pienso en otra cosa más que en comida.
- La mayoría de mis días están llenos de pensamientos sobre la comida. Siento que vivo para comer.

16)

- Generalmente sé si siento hambre o no. Sé qué tamaño de porción es el apropiado.
- Algunas veces no sé si tengo hambre físicamente o no. En esos momentos difícilmente puedo entender cuánta comida es la apropiada.
- Aún si supiera cuantas calorías debería consumir, no tendría idea de lo que es para mi una cantidad normal de comida.

5. Con cuál/es de los siguientes alimentos siente que “pierde el control” de su ingesta: (puede marcar más de una opción).

() Chocolates

() Golosinas

() Panificados dulces (tortas, productos de panadería, galletitas dulces)

() Snacks (papas fritas, chizitos, maní, palitos salados, etc.)

() Helados

() Pan o galletitas saladas

() Fiambres

Quesos

Comidas rápidas (hamburguesas, panchos, papas fritas, sándwiches, etc.)

Otros: ¿Cuáles? _____

Ninguno (si elige esta opción no continúe respondiendo la encuesta)

6. En los últimos 3 meses, ¿Con qué frecuencia le ocurrió esa sensación de pérdida de control al comer?

Menos de una vez por semana

Una vez por semana

Dos veces por semana

Tres veces por semana

Más de tres veces por semana

7. En ese momento en el que pierde el control o la noción de lo que come...: (puede marcar más de una opción).

Se siente triste o desganada

Siente ansiedad

Siente que come por aburrimiento

Come porque siente hambre

Otros: _____

VIII. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Lic. Belén Lorena y Lic. Rossi Ma. Laura por su dedicación y predisposición en la conducción del presente trabajo final de grado; a nuestros familiares y amigos por la contención y el apoyo incondicional.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition). Washington, DC.
- 2 Kessler, R. C. y col. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.
- 3 Spitzer R.L., Devlin M., Walsh B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M.D., 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*, 12, 191-204.
- 4 García-Palacios, A. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 110, 70-74.
- 5 Cebolla A, Perpiñá C, Lurbe E, Alvarez-Pitti J, Botella C. Prevalence of binge eating disorder among a clinical sample of obese children. *An Pediatr (Barc)*. 2012; 77(2):98-102.
- 6 Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*; 1959. Cited by Devlin, M, Goldfein J, Dobrow I. What is this thing called BED?: current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord*. 2003; 34 Supp.
- 7 Kornhaber A. «The stuffing syndrome». *Psychosomatics* 1970, 11: 580-4.
- 8 Gempeler Rueda J. Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 24(2):242-250.

- ⁹ Casado, I. *Obesidad y trastorno por atracón*. 2013. Madrid: Editorial Grupo 5.
- ¹⁰ Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D & Home RL. «Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study». *International Journal of Eating Disorders*, 1993, 13, 137-153.
- ¹¹ Carrard, I., Crépin, C., Ceschi, G., Golay, A. y Van der Linden, M. (2012). Relations between pure dietary and dietary-negative affect subtypes and impulsivity and reinforcement sensitivity in binge eating individuals. *Eating Behaviors*, 13, 13-19.
- ¹² Hadigan CM, Kissileff HR, Walsh BT. «Patterns of food selection of women with bulimia nervosa». *American Journal of Clinical Nutrition* 1989, 50, 759-66.
- ¹³ Yager J. Binge Eating Disorder: The Search for Better Treatments. *Am J Psychiatry* 2008; 165(1): 4-6
- ¹⁴ Grilo C, White M. A Controlled Evaluation of the Distress Criterion for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(4): 509-514.
- ¹⁵ Spitzer L, Devlin M, Walsh T, Hasin D, Wing R, Marcus M et al. Binge eating disorder: to be or not to be. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10(6): 627-629.
- ¹⁶ Didie E, Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors* 2005; 6: 35-41.
- ¹⁷ White M, Grilo C. Diagnostic Efficiency of DSM-IV Indicators for Binge Eating Episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(1): 75-83.

- 18 Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V. y Wilhelm, F. H. (2012). Binge eating in binge eating disorder: a breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research*, 195(3), 118-124.
- 19 Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and Clinical Reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198: 8-10
- 20 Fairbum CG, MPhil DM, Doll HA, et al. «Risk factors for binge eating disorders». *Archives of General Psychiatry*, 1998, vol 55:425-432.
- 21 Raich, R. *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. 2011. Madrid: Editorial Pirámide.
- 22 Kutlesic V, Williamson DA, Gleaves DH, Barbin JM, Murphy-Eberenz KP. The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychol Assess* 1988; 10 (1): 41-8.
- 23 Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The Assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7 (1): 47-55.
- 24 Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J & Nonas C. «Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria». *International Journal of Eating Disorders*, 1992, 11, 191-203.
- 25 Gamer DM. *Eating Disorder Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1991.
- 26 Lowe MR, Caputo GC. «Binge eating in obesity: toward the specification of predictors». *International Journal of Eating Disorders*, 1991, 10: 49-55.

- ²⁷ Stunkard AI & Messick S. «The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger». *Journal of Psychosomatic Research*, 1985, 29, 71-83.
- ²⁸ Cooper Z & Fairbum CG. «The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders». *International Journal of Eating Disorders*, 1987, 6, 1-8.
- ²⁹ Hudson J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. y Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the NCS Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- ³⁰ Ranzenhofer, L. M. and col. (2013). Pre-meal affective state and laboratory test meal intake in adolescent girls with loss of control eating. *Appetite*, 68, 30-37.
- ³¹ Napolitano MA, Head S, Babyack MA, Blumenthal JA. Binge Eating disorders and night eating síndrome: psychological and behavioral characteristics. *J Eat Disord* 2001; 30:193-203.
- ³² Baile Ayensa JI. Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*. 2014; 142(1).
- ³³ Wilfley, D.E. y Cohen, L.R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 437-454.
- ³⁴ Saldaña, C. (1998). Obesidad y trastorno alimentario compulsivo. En M.A. Vallejo (Dir.), *Manual de terapia de conducta* (vol. II, pp. 215-275). Madrid: Dykinson.

- 35 Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Psicothema*. 2001; 13(3):381-392.
- 36 Bastian L. MD; Smith C., Nanda K. MD, MHS. "Is This woman perimenopausal?" *Jama* 2003; 289: 895-902.
- 37 Burger HG. The endocrinology of the menopause. *J Steroid Biochem Mol Biol* 1999; 69: 31-5.
- 38 Forero, J. Trastorno de ansiedad en el climaterio. *Revista de menopausia*. 2003; 9: 329.
- 39 Barrios Y, Díaz N, Meertens L, Naddaf G, Solano L. Leptina sérica, su relación con peso y distribución de grasa corporal en mujeres posmenopáusicas. *Nutrición Hospitalaria* 2010; 25(1): 80-84.
- 40 Vásquez-Machado M, Ulate-Montero G. Regulación del peso corporal y del apetito. *Acta Médica Costarricense*, 2010; 52 (2): 79-89.
- 41 Pavón de Paz, C. Alameda Hernando y J. Olivar Roldán. Obesidad y menopausia. *Nutr Hosp*. 2006; 21(6):633-637
- 42 Susan Yanovski. Sugar and Fat: Cravings and Aversions. *J. Nutr.* 2003; 133: 835S–837S.
- 43 CDC. Promoción de la actividad física: la mejor inversión en salud pública. *Human Kinetics* 1999:8-35.
- 44 Rutzstein, G. (2005). "Psicoterapeutas cognitivos y psicoanalistas: un estudio comparativo sobre inferencias clínicas centrado en trastornos de la alimentación". Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

- 45 Cuadro E, Baile J. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. Rev. Mex. de trastor. aliment vol.6 no.2 Tlalnepantla jul./dic. 2015.
- 46 Gormally J. The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. 1982; 7(1): Addict Behav 47-55. Disponible en: <https://psychology-tools.com/binge-eating-scale/>
- 47 Ministerio de Salud de la Nación. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Buenos Aires. 2011. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000566cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2009_peso-corporal.pdf
- 48 World Health Organization. Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Geneva. Jun 1998.
- 49 NIH. Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of Overweighth and Obesity in Adults. 1998. Publication N° 98.
- 50 Torresani ME, Alvizua M, Buyukkurt MN, Chaika I, De Lorenzi P, Direnzo J, Vazquez V. Compulsión glucídica y estado de ansiedad en mujeres postmenopáusicas. Actualización en nutrición.2011; 12 (2):147-153.
- 51 Oliva L, Maffei L, Squillace C, Alorda B, Belén L, Rossi L, Torresani ME. Estudio de la compulsión glucídica y su relación con el perfil antropométrico y metabólico en un grupo de mujeres adultas argentinas. Diaeta. Bs. As. 2013; 31(143):13-19.

- ⁵² Mangweth-Matzek B. Prevalence of Eating Disorders in Middle-Aged Women. *International Journal of Eating Disorders*. Innsbruck, Austria. 2014; 47(3):320–324.
- ⁵³ Xochitl López Aguilar, Mancilla Díaz JM, Vazquez Arevalo R, Ocampo Téllez Girón MT, Franco Paredes K, Alvarez Rayón GL. Factores Predictores del Atracón Alimentario en una Muestra Comunitaria de Mujeres Mexicanas. *RJ. Journal of Behavior, Health and Social Issues* .2010; 1(2):25-38.
- ⁵⁴ DeBoer LB y col. Physical activity as a moderator of the association between anxiety sensitivity and binge eating. *NIH Public Access Author Manuscript*. United States. 2012; 13(3):194–201.
- ⁵⁵ Hernández Alcántara A, Gómez Peresmitré G, Cuevas Renaud C. Relación entre dieta-atracón y práctica de actividad física. *Psicología y Salud*, 2012; 22(1):99-106.