



TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES PSICOFÍSICOS

AUTORES:

BASAVILBASO, Josefina
DAURAT, Malena
FEIJOO, Mariana
NACKE, Daniela Isabel

Tutores:

Lic. ALORDA, María Beatriz
Lic. SQUILLACE, María Celeste

Este Trabajo pertenece al proyecto **UBACYT 2014-2017**
Directora: Dra. TORRESANI, María Elena

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: 14 de Noviembre de 2016

Nutrición Investiga

En calidad de autores del trabajo final de grado denominado: “TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES PSICOFÍSICOS”. 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: Basavilbaso, Josefina

Autor: Daurat, Malena

Firma:.....

Firma:.....

DNI: 37.353.701

DNI: 37.754.341

Autor: Feijoo, Mariana

Autor: Nacke, Daniela Isabel

Firma:.....

Firma:.....

DNI: 35.592.219

DNI: 35.004.850

Resumen:

Introducción

Durante las últimas décadas los trastornos de la conducta alimentaria aumentaron su prevalencia en el mundo occidental. Dentro de ellos se encuentra el Trastorno por Atracón (TA), reconocido como tal oficialmente en el año 2013 con la publicación del DSM-V.

Objetivo

Conocer la prevalencia de TA en mujeres adultas y su asociación con factores psicofísicos como el estado nutricional, hábito tabáquico, actividad física, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo transversal en 125 mujeres adultas entre 45-65 años, durante un lapso de tiempo comprendido entre julio y agosto de 2016. Las variables estudiadas fueron: TA (inexistencia de comportamiento de atracón, presencia de un moderado comportamiento de atracón y presencia de un severo comportamiento de atracón), índice de masa corporal, circunferencia de cintura, hábito tabáquico, actividad física, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad (probable presencia/ausencia). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 19.0, estableciendo medidas de tendencia central, X^2 o Prueba de Fisher según el tamaño muestral y Kendall tau con un nivel de significancia $p < 0,05$.

Resultados

El 49,6% presento sobrepeso/obesidad. Sin embargo, el 65,6% de las mujeres presento riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado. Un 25% de la muestra era fumadora y un 43% sedentaria. Un 37,5% presento distorsión de la imagen corporal y un 39,29% insatisfacción de la misma. La prevalencia de TA fue del 21,6%. El TA se asoció significativamente con el estado nutricional, la insatisfacción de la imagen corporal y la posible depresión ($p < 0,05$).

Conclusiones

A mayor índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC) e insatisfacción de la imagen corporal, mayor posibilidad de sufrir TA. Mujeres con un posible cuadro de depresión tendrían más riesgo de padecer TA.

Palabras claves: Trastorno por atracón, mujeres adultas, factores psicofísicos.

Abstract:

Introduction

In the last decades eating disorders have raised drastically in the Western world. Among them, there is the Binge Eating Disorder (BED) recognized officially in 2013 in the Manual DSM-V publication.

Objective

To know the prevalence of BED in middle-aged women and its relation with psychophysical factors such as the nutritional state, smoking habits, physical activity, distortion and dissatisfaction of body image, depression and anxiety.

Materials and methods

A transversal prospective study was done in women's age group of 45-65 years old, throughout July and August in 2016. The study variables have been: BED (no binge behavior, presence of moderate binge behavior and presence of severe binge behavior), body mass index, waist line measure, smoking habits, physical activity, distortion and dissatisfaction of body image and anxiety. A number of surveys were done personally to collect the required data. The information was analyzed with the statistics packet SPSS 19.0, establishing measures of central tendency, X² or Fisher Test according to sample size and Kendall tau with a significance level of $p < 0.05$.

Results

49.6% were overweight / obese. However, 65.6% of the women presented increased or highly increased cardiometabolic risk. 25% of the sample was smoker and 43% sedentary. A 37.5% presented body image distortion and 39.29% dissatisfaction of the same. The prevalence of BED was of 21,6%, which was clearly associated with the nutritional state, body image dissatisfaction and the likelihood of depression. ($p < 0,05$).

Conclusion

The bigger the body mass index (BMI), the waist line and body image dissatisfaction, the more chances there are to suffer from BED. At the same time, women who are in state of depression have a greater tendency to get BED.

Key-words: Binge Eating Disorder, middle-aged women, psychophysical factors.

I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, según diversos estudios internacionales los trastornos de la conducta alimentaria aumentaron su prevalencia en el mundo occidental⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

Por trastorno de la conducta alimentaria (TCA) se entiende a aquellos trastornos mentales caracterizados por un comportamiento patológico frente a la ingesta alimentaria. Son de origen multifactorial, dado que interaccionan causas de origen biológico, psicológico, familiar y sociocultural que conllevan a consecuencias negativas tanto para la salud física como mental de las personas⁽⁷⁾.

Los más frecuentes son la Anorexia nerviosa (AN) y la Bulimia nerviosa (BN). Dentro de ellos pero menos frecuente es el Trastorno por Atracón (TA); reconocido como tal oficialmente en el año 2013 con la publicación del DSM-V⁽⁸⁾.

El TA se diagnostica a partir de la sobreingesta de alimentos, es decir, la ingesta de alimentos en mayores cantidades al consumo promedio para igual período de tiempo, sin sucederse de conductas compensatorias.

La misma debe producirse al menos una vez a la semana durante tres meses, acompañada de incapacidad para controlar cantidades y/o para frenar la ingesta de alimentos.

Por último, para ser considerado TA, a los sentimientos de malestar psicológico se le deben sumar tres o más de los siguientes criterios:

- Ingesta de alimentos más rápida de lo normal.

- Ingesta de alimentos hasta sentirse inconfortablemente lleno.
- Ingesta de gran cantidad de alimentos sin sentirse físicamente hambriento.
- Ingesta de alimentos en soledad, por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida.
- Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta⁽⁸⁾.

Como consecuencia de la creciente preocupación por estos TCA, se realizaron diversos estudios epidemiológicos tratando de estimar tanto el alcance, como los factores asociados a los mismos⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Dentro de los factores asociados y a los fines del presente trabajo de investigación, se considerarán al estado nutricional, el hábito tabáquico, la actividad física, la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, así como la depresión y ansiedad, como relevantes para el estudio del TA.

Factores que inciden en el Trastorno por Atracón

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal, que puede ser perjudicial para la salud⁽¹³⁾.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), determinó una prevalencia de **sobrepeso** en mujeres para el año 2013 en Argentina de 31,3%, mientras que la de **obesidad** fue del 18,8%. En cuanto a los grupos etarios, sin distinción de sexo, el comprendido entre las personas de 50 a 64 años fue el que presentó

mayor prevalencia de obesidad con respecto al resto de la población en estudio, mientras que los valores de sobrepeso se observaron en ascenso continuo en concordancia a la edad⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

Teniendo en cuenta que en la actualidad la imagen corporal es altamente valorada en la sociedad, particularmente en las mujeres, se torna relevante indagar también sobre la **insatisfacción de la imagen corporal**. Diversos estudios sustentan que la misma podría considerarse como uno de los factores predictores y mantenedores de los trastornos del comportamiento alimentario⁽¹⁶⁾.

En la necesidad de querer modificar su peso e imagen corporal, las personas recurren a diversas actitudes, desde un malestar normativo -no realización de estrategias de modificación corporal, ni cambios en su vida cotidiana- hasta la adopción de conductas que pueden ser nocivas para la salud⁽¹⁷⁾.

Las personas que no realizan **ejercicio físico** se encuentran en mayor riesgo de padecer conductas alimentarias inapropiadas en comparación con quienes lo realizan, ya que, la actividad física es considerada un factor preventivo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y como favorecedora de una conducta alimentaria saludable; disminuyendo el estado de depresión y ansiedad⁽¹⁸⁾.

La **depresión** por su parte, se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo aunque, en mayor o menor grado, también están presentes otros síntomas, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

La **ansiedad** en cambio, es considerada un estado emocional displacentero, vinculado a pensamientos negativos⁽²¹⁾. La misma se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan consecuencias desagradables que se presuponen⁽²²⁾.

Si bien ambos factores se consideran trastornos emocionales complejos, que implican problemas en la conducta, donde puede verse afectada la conducta alimentaria, existen diferencias entre los mismos como la pérdida en la capacidad de disfrute que ocurre en la depresión, no así en la ansiedad⁽²³⁾.

Para finalizar, la población que padece TA es la que a su vez presenta los índices más altos de **hábito tabáquico** en comparación con los otros TCA. El consumo de tabaco podría estar relacionado con la necesidad de controlar el peso y modular la ingesta, ya que la nicotina suprime el apetito y estimula el metabolismo ⁽¹¹⁾.

Dada la relevancia de los factores psicofísicos asociados al TA; basándose en ello se decide realizar el trabajo de investigación en mujeres en período perimenopáusico.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de TA en mujeres adultas y su asociación con el estado nutricional, hábito tabáquico, actividad física y factores psicológicos como distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Asociar el hábito tabáquico con el estado de depresión y ansiedad.
- Relacionar la actividad física con la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal.
- Establecer la prevalencia de mujeres con distorsión e insatisfacción de la imagen corporal asociada a su estado nutricional.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

i. Diseño

Se realizó un estudio prospectivo transversal en mujeres adultas, entre 45-65 años, con profesión docente de la República Argentina durante un lapso de tiempo comprendido entre julio y agosto de 2016.

ii. Población y muestra

Se tomó como criterios de inclusión mujeres de profesión docente de entre 45 y 65 años de edad, de nacionalidad Argentina; excluyendo aquellas con alguna patología psiquiátrica o bajo tratamiento farmacológico para la misma y/o en período de lactancia y embarazo.

iii. Técnicas empleadas

Las variables que se decidieron analizar son estado nutricional, hábito tabáquico, actividad física, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad.

Para la recolección de datos se utilizó el método de encuestas de relevamiento administradas de manera presencial.

La primer parte del cuestionario -sección A-, buscó recopilar datos personales y de contacto de las mujeres entrevistadas. Seguidamente, se determinaron las

medidas antropométricas correspondientes a peso, talla y circunferencia de cintura (CC).

Para el peso se utilizó una balanza digital de marca Gamma (LCD 90x30mm), con una capacidad de carga de 150 kg y una apreciación de 100 g. La talla fue registrada a partir del valor autorreferido por las mujeres.

Se calculó el índice de masa corporal (IMC) tomando como valores de referencia a) Normal: 18,5-24,9 kg/m² b) Sobrepeso: 25,0-29,9 kg/m² c) Obesidad I: 30,0-34,9 kg/m² d) Obesidad II 35,0-39,9 kg/m² e) Obesidad III: >40,0 kg/m²(²⁴). Para la CC se empleó la medida recomendada por la OMS, tomando como parámetro antropométrico el punto medio entre el borde superior de la cresta ilíaca y el borde inferior de la última costilla. Se utilizó una cinta métrica Lufkin y se tomó como valor normal aquel por debajo de 80 cm, valores aumentados entre 80-88 cm y muy aumentados >88 cm(²⁵).

En segundo lugar, la sección B buscó identificar la presencia de TA, utilizando el test BES(*Binge Eating Scale*)(²⁶)(²⁷) que consta de 16 preguntas; traducido al español por las investigadoras; categorizado en:

- Inexistencia de comportamiento de atracón en las comidas entre 0 y 17 puntos.
- Presencia de un moderado comportamiento de atracón en las comidas entre 18 y 26 puntos.
- Presencia de un severo comportamiento de atracón en las comidas entre 27 y 46 puntos.

En tercer lugar, la sección C incluyó 4 preguntas con las que se buscó indagar sobre el hábito tabáquico en las mujeres perimenopáusicas. En este punto cabe

resaltar que se consideró fumadora a quien fumó al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Mientras que se consideró no fumadora a quien ha fumado su último cigarrillo en un período superior a 6 meses⁽²⁸⁾.

En cuarto lugar, la sección D constó de 3 preguntas que buscaron evaluar la frecuencia y el tipo de actividad física realizada por las mujeres encuestadas. La misma, según las respuestas, se clasificó en 3 grupos. El primero incluyó actividades de baja intensidad tales como yoga, pilates y meditación. El segundo, aquellas de mediana intensidad como caminata, bicicleta, natación, tenis, tai-chi y rollers. Y el tercer grupo de alta intensidad: zumba, baile, spinning, running, boxeo y body-pump.

En la sección E se llevó a cabo la valoración de la auto-percepción física. Para ello se empleó una adaptación del método propuesto por Stunkard y Stellard ⁽²⁹⁾ y modificado por Collins ⁽³⁰⁾. En el mismo se muestran 9 figuras de siluetas corporales, tanto de varones como de mujeres, que corresponden a un IMC concreto, por lo que son progresivamente más robustas ⁽³¹⁾. El sujeto encuestado desconoce en todo momento la categoría de IMC que corresponde a cada perfil, por lo que sólo observa el dibujo como referencia para valorar su aspecto.

Cada mujer debió seleccionar en primer lugar la figura que, en su opinión, se correspondía con su silueta, a la cual se denominó IMC percibido. Posteriormente debían señalar la figura que les gustaría tener o IMC deseado. De esta manera, tomando como parámetro una discrepancia de dos figuras, la diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada indicaría la presencia o no de insatisfacción de la imagen corporal. Mientras que la diferencia entre la imagen percibida y la real indicaría la presencia o ausencia de distorsión de la

imagen corporal ⁽³²⁾. Dicha escala fue validada y utilizada en diferentes edades y por múltiples poblaciones ⁽³³⁾⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

Por último, en la sección F se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E.A.D.G)⁽³⁷⁾. Con la misma se interrogó a las mujeres acerca de la presencia de diversos síntomas de depresión o ansiedad a lo largo de las últimas dos semanas. Cabe aclarar que no se puntuaron los síntomas que duraron menos de dos semanas según declaraciones de cada encuestada.

Dentro del cuestionario, las primeras subescalas de medición según el E.A.D.G., tanto para la ansiedad como para la depresión, se estructuraron en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista alguno de ambos trastornos mentales. En el segundo grupo de subescalas, se formularon 5 ítems a condición de obtener respuestas positivas a las preguntas de despistaje, esto es: 2 o más para la subescala de ansiedad y 1 o más para la subescala de depresión. Los puntos de corte considerados fueron: ≥ 4 para la subescala de ansiedad y ≥ 2 para la subescala de depresión ⁽³⁷⁾.

iv. Análisis estadístico de los datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 19.0, estableciendo medidas de tendencia central, X^2 o Prueba de Fisher según el tamaño muestral y Kendall tau-b con un nivel de significancia $p < 0,05$.

III. RESULTADOS

La población de análisis estuvo conformada por 125 mujeres, con edades comprendidas entre 45-65 años ($52,5 \pm 5,365$); cuya prevalencia de TA fue del 21,6%.

Basándose en los datos obtenidos a partir del IMC, la distribución de mujeres con peso normal y sobrepeso/obesidad fue porcentualmente similar (50,4% y 49,6% respectivamente). Sin embargo, al analizar la CC, el 65,6% de las mujeres presentó riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado.

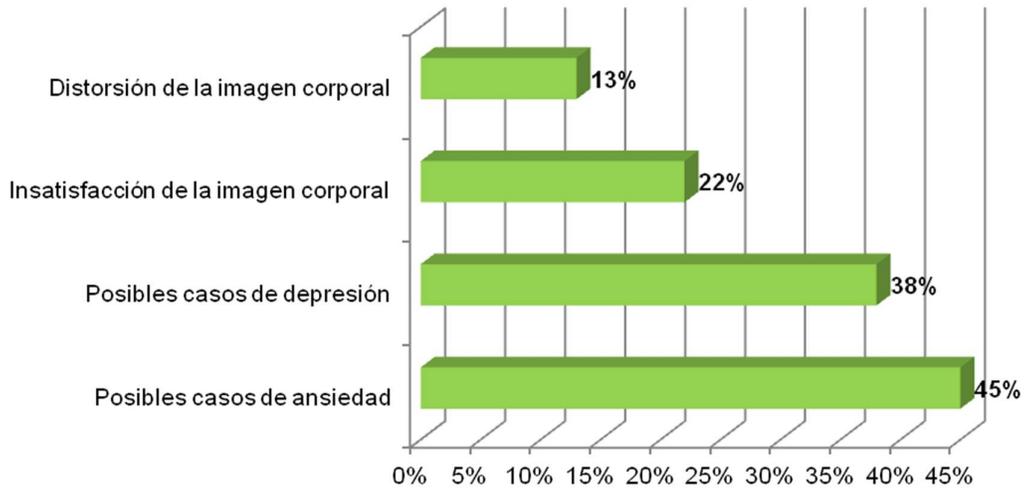
Un 25% de la muestra era fumadora y un 43% sedentaria.

Dentro del grupo de mujeres activas (57%), sólo un 21% optaba por una actividad de alta intensidad, la mayoría prefería una actividad de mediana intensidad como caminata y/o bicicleta (55%), el resto realizaba actividades de flexibilidad como yoga y pilates, pertenecientes al grupo de baja intensidad.

Al asociar los factores psicológicos con el trastorno por atracón se determinó una prevalencia del 13% para la distorsión de la imagen corporal, 22% para insatisfacción de la imagen corporal y 38% y 45% para los posibles casos de depresión y ansiedad respectivamente. Esto evidencia que aunque los resultados fueron diversos, hubo en su totalidad un porcentaje de prevalencia significativo. **(Ver gráfico 1)**

Gráfico 1: Prevalencia de los factores psicológicos asociados al TA

Prevalencia de los factores psicológicos asociados al trastorno de atracón

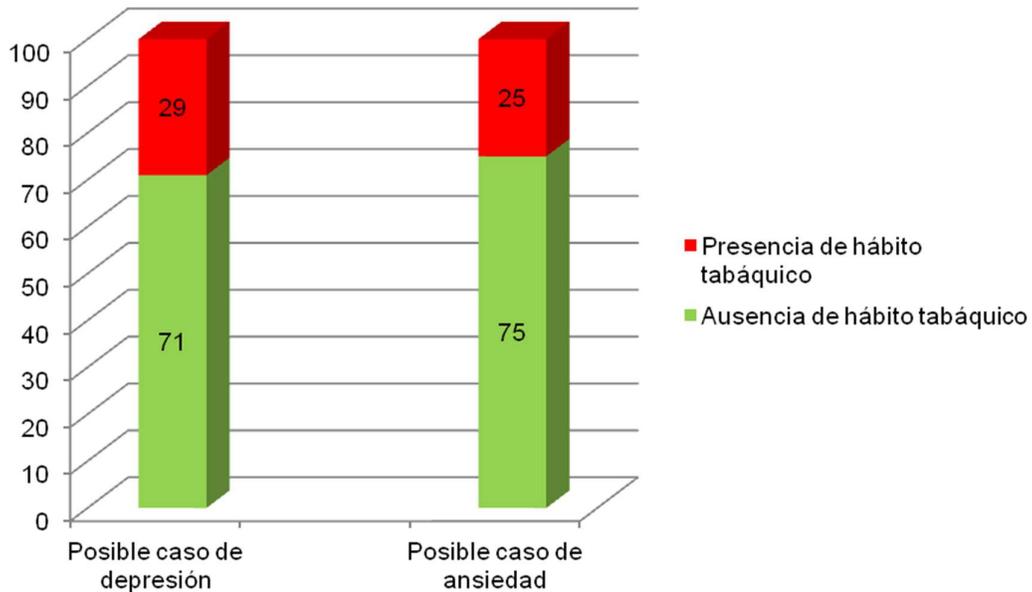


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los posibles casos de depresión y ansiedad, si bien no hubo asociación entre estos y el hábito tabáquico ($p=0,37$ y $0,84$ respectivamente), sí se pudo observar que casi un 30% de las fumadoras presentaron riesgo de una posible depresión y/o ansiedad. **(Ver gráfico 2)**

Gráfico 2: Asociación entre el hábito tabáquico y los posibles casos de depresión y ansiedad

Asociación entre el hábito tabáquico y los posibles casos de depresión y ansiedad



Fuente: elaboración propia

La prevalencia de distorsión de la imagen corporal fue de un 44% en mujeres obesas y la insatisfacción de la imagen corporal, de un 46% para aquellas con sobrepeso. Asimismo, la población con peso normal evidenció los valores más bajos para ambos factores.

Teniendo cuenta la CC, del total de mujeres que presentó distorsión de la imagen corporal, un 94% exhibió un riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado. De manera similar, un 96% de las mujeres con insatisfacción de la imagen corporal presentó riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado. Las mujeres con peso normal presentaron los porcentajes más bajos de prevalencia de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en relación a las que tenían sobrepeso/obesidad (0 y 7% vs 100 y 93% respectivamente), pudiendo establecerse asociación significativa entre las variables comparadas

($p < 0.0000$). **(Ver tabla 1)**. En contraste, dicha asociación no pudo establecerse entre la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal con la realización de actividad física ($p = 0,08$ y $0,35$ respectivamente).

Tabla 1: Prevalencia de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal asociada al estado nutricional

		Insatisfacción de la IC				Total	
		No hay insatisfacción de la IC	%	Hay insatisfacción de la IC	%		
Clasificación CC	Riesgo bajo	42	43	1	4	43	34
	Riesgo aumentado	26	27	6	21	32	26
	Riesgo muy aumentado	29	30	21	75	50	40
Total		97	100	28	100	125	100

		Distorsión de la IC				Total	
		No hay distorsión de la IC	%	Hay distorsión de la IC	%		
Clasificación CC	Riesgo bajo	42	39	1	6	43	34
	Riesgo aumentado	31	28	1	6	32	26
	Riesgo muy aumentado	36	33	14	88	50	40
Total		109	100	16	100	125	100

Fuente: elaboración propia

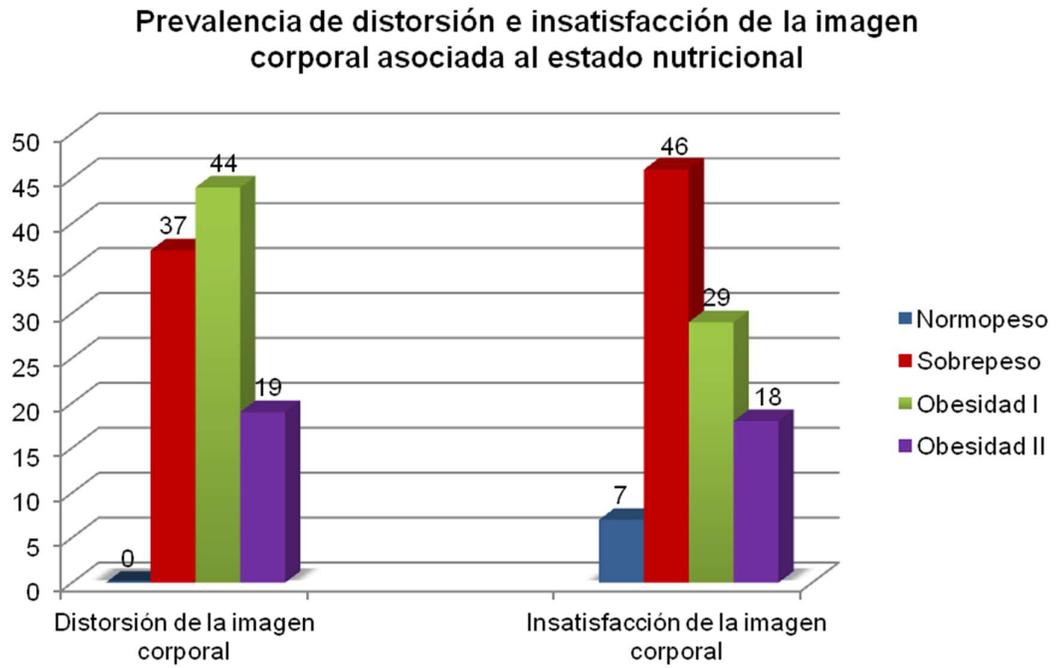
El trastorno por atracón presentó asociación estadísticamente significativa con el estado nutricional ($p = 0,000$), la insatisfacción de la imagen corporal ($p = 0,008$) y la posible depresión ($p = 0,001$). **(Ver tabla 2)**

Tabla 2: Relación entre TA y las variables estudiadas.

Variable	TA			P
	Presenta	No presenta	Total	
	Valor absoluto (%)	Valor absoluto (%)	Valor absoluto (%)	
IMC				
Normopeso	6 (9,52)	57 (90,48)	63 (100)	0,00
Sobrepeso	7 (18,42)	31 (81,58)	38 (100)	
Obesidad I	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100)	
Obesidad II	4 (50)	4 (50)	8 (100)	
Circunferencia de cintura				
Riesgo bajo	3 (6,97)	40 (93,03)	43 (100)	0,00
Riesgo aumentado	5 (15,63)	27 (84,37)	32 (100)	
Riesgo muy aumentado	19 (38)	31 (62)	50 (100)	
Hábito tabáquico				
Sí	6 (19,36)	25 (80,64)	31 (100)	0,72
No	21 (22,34)	73 (77,66)	94 (100)	
Insatisfacción de la imagen corporal				
Presenta	11 (39,29)	17 (60,71)	28 (100)	0,008
No presenta	16 (16,5)	81 (83,5)	97 (100)	
Distorsión de la imagen corporal				
Presenta	6 (37,5)	10 (62,5)	16 (100)	0,15
No presenta	21 (19,26)	88 (80,74)	109 (100)	
Depresión				
Probable presencia	19 (39,58)	29 (60,42)	48 (100)	0,001
Ausencia	8 (10,38)	69 (89,62)	77 (100)	
Ansiedad				
Probable presencia	16 (28,57)	40 (71,43)	56 (100)	0,54
Ausencia	11 (16,17)	57 (83,83)	68 (100)	
Actividad física				
No realiza	14 (26,42)	39 (73,58)	53 (100)	0,209
Baja intensidad	5 (29,42)	12 (70,58)	17 (100)	
Mediana intensidad	7 (17,5)	33 (82,5)	40 (100)	
Alta intensidad	1 (6,67)	14 (93,33)	15 (100)	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 3: Prevalencia de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal asociada al estado nutricional



Fuente: elaboración propia.

IV. DISCUSIÓN

A menudo se cree que los TCA ocurren solamente en la adolescencia, sin embargo pueden presentarse en cualquier etapa de la vida ⁽³⁸⁾. En tal sentido, el presente trabajo evidencia que el 21,6% de las mujeres estudiadas presentan TA, valor ampliamente superior al reportado por EE.UU. (11%)⁽³⁹⁾, Europa - Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España- (1,92%)⁽⁴⁰⁾ y Latinoamérica -Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela- (3,53%)⁽²⁾.

Investigaciones afirman que este incremento podría deberse a la implementación del nuevo manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (DSM-V), cuyos criterios son menos exigentes que los correspondientes al DSM-IV. Otro de los motivos podría deberse a las diferencias en las poblaciones de estudio y en los métodos utilizados para estimar la prevalencia ⁽⁴⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾.

Aunque la obesidad no es un criterio diagnóstico para el TA, investigaciones indican que un 70% de las personas que lo presentan corresponden a obesos ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾, dichos valores concuerdan con los obtenidos en este trabajo, los que resultaron en un 78%. Mientras que la prevalencia de TA, en la población general, oscila entre un 2-5%, aproximadamente un 30% de los obesos que buscan perder peso, cumplen con los criterios para dicho TCA ⁽⁴³⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾⁽⁴⁸⁾.

El consumo en exceso recurrente que caracteriza al TA, junto con la ausencia de conductas compensatorias, podría ser uno de los factores responsables de la alta frecuencia de obesidad dentro de este grupo ⁽⁴³⁾.

Asimismo, no solamente existe asociación entre el TA y valores elevados de peso corporal, sino que también se demostró una alta frecuencia de fluctuaciones significativas en el peso dentro de la población que lo desarrolla (49).

Con respecto a la circunferencia de cintura, diversos estudios afirman que se presentan valores más altos en personas con obesidad y TA, en comparación con aquellas que siendo obesas, no padecen dicho trastorno. Sin embargo, a pesar de esta diferencia, los individuos con TA y obesidad muestran un similar estado metabólico que aquellos únicamente obesos (44)(49).

En investigaciones como la de Thompson y Altabe (50), las puntuaciones de satisfacción corporal basadas en la Escala de Clasificación de las figuras corporales, tenían confiabilidad en la prueba test-retest dentro de un intervalo de 2 semanas que varió de 0.71 a 0.92. Se realizaron estudios de fiabilidad y validez en muestras separadas de estudiantes universitarios de ambos sexos. Los hallazgos indicaron una buena fiabilidad test-retest y correlaciones moderadas con otras medidas de insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la alimentación y autoestima general, concluyendo que esta escala resulta una herramienta apropiada para la investigación de la alteración de la imagen corporal.

Cabe mencionar que dicha escala fue aplicada en un amplio rango de edades y poblaciones, tales como en estudiantes universitarios de Algarve (Portugal) con una muestra de 400 personas con edades comprendidas entre los 18 y 61 años (edad media de $30,64 \pm 8,85$ años) (34). Por otra parte, Chandler-Laney y cols, estudiaron 120 mujeres europeas y africanas entre 22 a 46 años con ligero

sobrepeso (IMC 27-30 kg/m²) ⁽³³⁾ y a su vez Markey y cols utilizaron la escala en 172 parejas casadas donde la edad media de la mujer fue de 37,53 años y la edad media de los hombres fue de 39,62 años ⁽⁵¹⁾.

En cuanto a los factores psicológicos relacionados al TA, a pesar de que los resultados de la investigación hallaron solo asociación estadísticamente significativa con la insatisfacción de la imagen corporal y la posible depresión, estudios internacionales difieren de los datos obtenidos ⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾.

En este orden de ideas, algunos autores han demostrado que personas diagnosticadas con TA presentan tasas mayores (desde un 30% a 80%) no solo de depresión sino también de ansiedad. El primero fue el trastorno específico más común (46,8%), seguido por ansiedad (37,1%).

La presencia de emociones negativas puede producir atracones que funcionan para aliviar el malestar interno, mediante el uso de alimentos para distracción ⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁴⁾.

Según las investigaciones, el TA también guarda relación con la insatisfacción y distorsión de la imagen corporal ⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾. No obstante, en el presente estudio solo se hallaron resultados similares para la primera variable, donde se ha encontrado una fuerte correlación entre ésta y el TA ($p=0,008$) que en sí, es un factor de riesgo para el aumento de peso.

En este sentido, la insatisfacción de la imagen corporal es considerada como una consecuencia psicosocial grave de la obesidad. Cabe destacar que las personas obesas que sufren de TA tienen significativamente mayor prevalencia de insatisfacción de la imagen corporal que aquellas sin TA ⁽⁶⁰⁾.

Según Forcier y col., la relación de la ansiedad y el TA puede variar en función a la realización o no de actividad física. Datos de otros estudios convergen en sugerir que las personas que son físicamente activas muestran una reducción fisiológica (presión arterial, frecuencia cardíaca, etc.) y psicológica (ansiedad, estado de ánimo depresivo, etc.) hacia el estrés y la ansiedad en relación con las personas inactivas ⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾. De este modo, teniendo en cuenta la relación existente entre ansiedad y TA, la actividad física podría llegar a influir de manera preventiva sobre dicho TCA ⁽⁶³⁾⁽¹²⁾.

Una revisión sistemática de estudios realizados en EE.UU., Reino Unido, Italia y Nepal evidenció que el TA presenta los valores más altos de tabaquismo entre los TCA. En este sentido, la mitad de las personas con TA son fumadoras, en comparación con BN y AN, donde los valores son de 39% y 22% respectivamente ⁽¹¹⁾. Sin embargo, otros estudios no hallaron diferencia en cuanto a la prevalencia de tabaquismo entre los distintos TCA ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾.

Estos datos son alarmantes ya que, sumado a los efectos adversos del hábito tabáquico, las personas con TA presentan un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares por presencia de obesidad ⁽⁶⁶⁾, diabetes⁽⁶⁷⁾ e hipercolesterolemia⁽⁶⁸⁾. Por este motivo, se propone una evaluación del hábito tabáquico y/o del abandono del mismo para el tratamiento del trastorno mencionado ⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁹⁾.

Las limitaciones que se encontraron en la investigación, como ser el tamaño muestral pequeño y población seleccionada, podrían haber influido en los resultados obtenidos. Por tanto, se sugieren investigaciones futuras respecto al

tema, con diseños que permitan salvarlas y de esa manera obtener resultados que quedan por dilucidar y/o comprobar.

Por otra parte, la investigación realizada es de carácter novedoso y puede ser utilizada como punto de partida para profundizar no solo en las variables que se asocian al TA, sino también en información sobre una temática poco estudiada. De esto se desprende que los resultados alcanzados en el presente trabajo carecen de comparación a nivel nacional, ya que no existen estudios realizados en Argentina que contemplasen lo estudiado.

V. CONCLUSIONES

En base a la literatura publicada y los datos obtenidos en el presente trabajo, el TA es uno de los nuevos TCA publicados por el DSM-V, que presenta una prevalencia en ascenso en los últimos años. Aunque se desconoce la causa concreta de este incremento, se prevé que podría ser por un cambio en los criterios diagnósticos en comparación a los publicados en el DSM-IV.

Si bien la obesidad no es un criterio diagnóstico para el TA, en la investigación realizada se puede concluir que existe una asociación estadísticamente significativa entre el padecimiento del mismo y valores elevados de IMC y CC. Hecho que se torna relevante cuando se compara con estudios científicos que concuerdan con esto.

En cuanto a los factores psicofísicos asociados, son concluyentes los resultados obtenidos que aseguran una relación con el TA. Sin embargo, solo se puede concluir que, a mayor insatisfacción de la imagen corporal, mayores son las posibilidades de sufrir este trastorno y que, mujeres con un probable cuadro de depresión tendrían más riesgo de padecerlo. Esto se debe a que los resultados de esta investigación afirman que el resto de los factores psicofísicos asociados no poseen una relación estadísticamente significativa con el TA.

VI. AGRADECIMIENTOS

A nuestros familiares y amigos por el apoyo durante toda la carrera.

A la Universidad de Buenos Aires, por habernos dado la posibilidad de formarnos en esta profesión.

A nuestras tutoras, María Beatriz Alorda y María Celeste Squillace, por su dedicación y compañía en la elaboración del presente trabajo final, quienes con sus conocimientos y experiencia supieron guiarnos.

A nuestros amigos y compañeros de carrera, por los momentos compartidos.

A todos, muchas gracias.

ANEXOS

CUESTIONARIO TRABAJO FINAL – LIC. EN NUTRICIÓN - UBA

SECCIÓN A

Lugar de residencia: _____

Edad: ____ años

Peso: ____ kg

Talla: ____ m

IMC: ____ kg/m²

Circunferencia de cintura: ____ cm

SECCIÓN B

A continuación se presentan grupos de afirmaciones sobre el comportamiento, pensamiento y estado emocional. Por favor, indique que afirmación en cada grupo describe mejor cómo se siente.

- 1) A- No pienso en mi peso cuando estoy con otras personas ____
B- Me preocupo por mi aspecto pero no me hace infeliz ____
C- Pienso en mi apariencia y me siento decepcionada de mi misma ____
D- Con frecuencia pienso en mi peso y siento mucha vergüenza ____
- 2) A- No tengo ninguna dificultad para comer lentamente ____
B- Suelo comer rápidamente pero nunca me siento demasiado llena ____
C- A veces, después de comer muy rápido me siento llena ____
D- Generalmente trago la comida casi sin masticar, después siento que comí demasiado ____
- 3) A- Puedo controlar mis impulsos hacia la comida ____
B- Creo que tengo menos control sobre la comida que otras personas ____
C- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos hacia la comida ____
D- Me siento totalmente incapaz de controlar mi relación con la comida y trato de luchar contra mis impulsos ____
- 4) A- No tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrida ____
B- A veces como cuando estoy aburrida, pero puedo distraerme y no pensar en comida ____
C- Generalmente como cuando estoy aburrida, pero a veces puedo distraerme y no pensar en comida ____
D- Tengo la costumbre de comer cuando estoy aburrida y no puedo parar ____
- 5) A- Por lo general como cuando tengo hambre ____
B- A veces como por impulso sin tener hambre ____
C- A veces como para satisfacer el hambre incluso cuando sé que ya he comido suficiente. En estas ocasiones no disfruto lo que como ____
D- Aunque no tenga hambre siento la necesidad de comer algo, y me siento satisfecho solo cuando he comido algo. (Por ejemplo con un pedazo de pan) ____
- 6) Después de comer en exceso
A- No me siento culpable o arrepentida en absoluto ____
B- A veces me siento culpable o arrepentida ____
C- Casi siempre siento un fuerte sentimiento de culpa o arrepentimiento ____

- 7) A- Cuando estoy a dieta, nunca pierdo el control de los alimentos, incluso en los momentos que como demasiado ____
 B- Cuando como un alimento prohibido de una dieta, siento que he fallado y como aún más ____
 C- Cuando estoy a dieta y como demasiado, siento que he fallado y como aún más ____
 D- Siempre estoy comiendo en exceso o ayunando ____
- 8) A- Es raro que coma demasiado y me sienta incómodamente llena ____
 B- Al menos una vez por mes como demasiado y me siento incómodamente llena ____
 C- Hay periodos regulares durante el mes que como grandes cantidades de alimentos en las comidas o entre comidas ____
 D- Como tanto que usualmente, después de comer, me siento mal y tengo náuseas ____
- 9) A- La cantidad de calorías es bastante constante en el tiempo
 B- A veces, después de comer demasiado, trato de comer pocas calorías para compensar la comida anterior ____
 C- Tengo el hábito de comer mucho a la noche. Usualmente no tengo hambre durante el día y a la noche como demasiado ____
 D- Tengo periodos de una semana en los que me impongo dietas de hambre seguido de periodos en los que como demasiado. Mi vida está hecha de atracones o ayunos ____
- 10) A- Usualmente puedo parar de comer cuando decido que ya he comido suficiente ____
 B- A veces siento ganas de comer que no puedo controlar ____
 C- A veces siento impulsos grandes de comer que no puedo ganarles, pero a veces puedo controlarme ____
 D- Me siento totalmente incapaz de controlar mis impulsos de comer ____
- 11) A- No tengo problemas en dejar de comer cuando estoy llena ____
 B- Usualmente puedo dejar de comer cuando me siento llena, pero a veces como tanto que me siento incomoda ____
 C- Es difícil para mí dejar de comer una vez que empiezo, por lo general termino sintiéndome demasiado llena
 D- Es realmente un problema para mí parar de comer y a veces vomito porque me siento demasiado llena ____
- 12) A- Como lo mismo rodeado de amigos y familia que cuando estoy sola ____
 B- A veces cuando estoy rodeado de otros no como lo que quiero, porque soy consciente de mis problemas con la comida ____
 C- Generalmente como poco cuando estoy rodeado de gente porque me siento avergonzada ____
 D- Estoy avergonzada de comer en exceso, solo como en los momentos que nadie me ve. Como en secreto ____
- 13) A- Como cuatro comidas al día y de vez en cuando picoteo ____
 B- Como cuatro comidas al día y generalmente picoteo ____
 C- Hago varias comidas o me salteo comidas con regularidad ____
 D- Hay momentos en los que como continuamente sin comidas regulares ____
- 14) A- No pienso en el impulso de comer demasiado ____
 B- A veces mi mente está ocupada en pensamientos de cómo controlar las ganas de comer ____
 C- Usualmente paso demasiado tiempo pensando en que comer o en cómo no comer ____

- D-La mayor parte del tiempo mi mente está ocupada con pensamientos sobre la comida ____
- E-Me parece estar constantemente luchando con pensamientos sobre cómo no comer ____
- 15) A- No pienso en la comida más que la mayoría de la gente ____
- B- Tengo fuertes deseos de comida, pero solo por cortos períodos de tiempo ____
- C- Hay algunos días en los que solo pienso en comida ____
- D-La mayor parte de mis días tengo pensamientos sobre comida. Pienso que vivo para comer ____
- 16) A- Por lo general sé si tengo hambre o no. Sé que porciones son apropiadas ____
- B- A veces no sé si tengo hambre o no. En esos momentos, no sé bien que cantidad de comida es apropiada ____
- C- Aunque supiera cuantas calorías debería comer, no tendría una idea clara de lo que es para mí una cantidad adecuada de alimento ____

SECCIÓN C

1. ¿Fuma actualmente? SI ____ NO ____

**Si la respuesta fuera SI pase a la pregunta n°4, sino continúe con la pregunta n°2*

2. ¿Ha fumado alguna vez? SI ____ NO ____

**Si la respuesta fuera SI pase a la pregunta n°3 sino continúe con la próxima sección.*

3. ¿Cuándo fue la última vez que fumó? _____
4. ¿Cuántos cigarrillos al día fuma? _____

SECCIÓN D

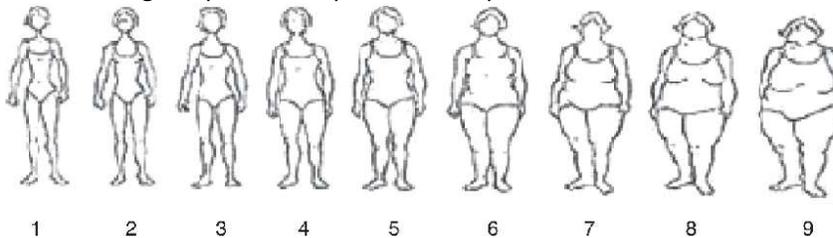
1. ¿Realiza actividad física? SI ____ NO ____

**Si la respuesta fuera SI pase a la siguiente pregunta, sino continúe con la siguiente sección.*

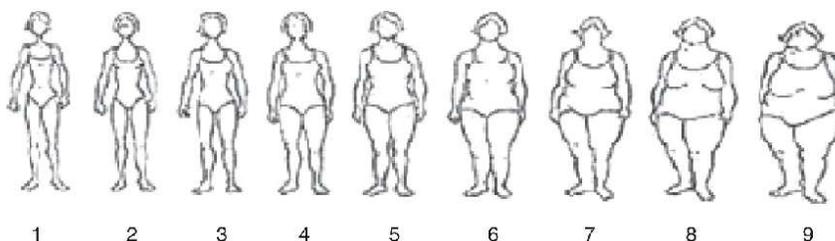
2. ¿Cuál es la actividad que realiza? _____
3. ¿Cuántas veces por semana la realiza? _____

SECCIÓN E

1. Seleccione la figura que, en su opinión, corresponde a su silueta en este momento:



2. Seleccione la figura que le gustaría o desearía tener:



SECCIÓN F

A continuación se presentarán una serie de afirmaciones, las mismas deben ser de al menos dos semanas de antigüedad. Las posibles respuestas serían SI o NO.

	SI/NO
1) ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2) ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3) ¿Se ha sentido muy irritable?	
4) ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
SUBTOTAL	
Si usted ha indicado 2 o más respuestas afirmativas, continuar con los ítems siguientes.	
5) ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6) ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7) ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8) ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9) ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL	

	SI/NO
1) ¿Se ha sentido con poca energía?	
2) ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3) ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4) ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
SUBTOTAL	
Si usted ha indicado 1 o más respuestas afirmativas, continuar con los ítems siguientes.	
5) ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6) ¿Ha perdido de peso (a causa de su falta de apetito)?	
7) ¿Se ha estado levantando demasiado temprano?	
8) ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9) ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por la mañana?	
TOTAL	

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Álvarez Malé ML, Castaño IB, Majem LS. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp.* 2015; 31(5):2283-88.
- ² Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29(6):363-71
- ³ KeskiRahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences and risk factors. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29 (6):340-5
- ⁴ Cossrow N, Pawaskar M, Witt EA, Ming EE, Victor TW, Herman BK, Erder MH. Estimating the prevalence of binge eating disorder in a community sample from the United States: comparing DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. *J Clin Psychiatry.* 2016; 968-73.
- ⁵ Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr.* 2015; 20(6):522-29.
- ⁶ Quiroga S. Prevalencia e incidencia en la actualidad: Trastornos de la conducta alimentaria. Universidad de Buenos Aires. 2009; 46:54-59.
- ⁷ Mérida MS. Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria.* 2006(4):336-47.
- ⁸ De Psiquiatría AA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5. *Med Panam.* 2014;553-64.
- ⁹ Morales A, Gómez A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, Soto C. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015; 44(3):177-82.
- ¹⁰ Pernalet ARM, Gutierrez CAG, Alvarado CJP, Flores DAM, Pérez FAP, Navas HLF, Flores PMM. Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gac Med Mex.* 2014; 150(s1):125-31.
- ¹¹ Solmi M, Veronese N, Sergi G, Luchini C, Favaro A, Santonastaso P, Fornaro M. The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2016; 111(11):1914-22.
- ¹² DeBoer LB, Tart CD, Presnell KE, Powers MB, Baldwin AS, Smits JA. Physical activity as a moderator of the association between anxiety sensitivity and binge eating. *Eating behaviors.* 2012; 13(3):194-201.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Obesidad y sobrepeso. 2016; 311.

¹⁴ Galante M, O'donnell V, Gaudio M, Begué C, King A, Goldberg L. Situación epidemiológica de la obesidad en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2016:132-38.

¹⁵ Ministerio de Salud. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles. Rev Argent Salud Pública. 2013:59-66.

¹⁶Amaya Hernández A, Alvarez Rayón GL, Mancilla Díaz JM. Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. RevMexTrastorAliment. 2010; 1(1):79-89.

¹⁷ Hernández AA, Rayón GLA, Díaz JMM. Body dissatisfaction in interaction with self-esteem, peer influence and dietary restraint: A systematic review. Rev Mex Trastor Aliment. 2010; 1:76-89.

¹⁸Vancampfort D, Rosenbaum S, Probst M, Connaughton J, Plessis CD, Yamamoto T, Stubbs B. Top 10 research questions to promote physical activity research in people with binge eating disorder. Eat Disord. 2015:1-12.

¹⁹Anderson I, Pilling S, Barnes A, Bayliss L. Depression: the treatment and management of depression in adults. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009.

²⁰Marcus M, Yasamy MT, Van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: A global public health concern. WHO Dept of Mental Health and Substance Abuse.2012; 1:6-8.

²¹Lazarus RS, Miyar MV, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos.Ediciones Martínez Roca. 1986.

²² Contreras F, Espinosa JC, Esguerra G, Haikal A, Polanía A, Rodríguez A. Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. Diversitas Perspectiv. Psicol. 2005; 1(2):183-94.

²³ Luna M, Clínica de la Ansiedad. Psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona. 2002.

²⁴World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. WHO. 1998.

²⁵Pi-Sunyer FX, Becker DM, Bouchard C, Carleton RA, Colditz GA, Dietz WH, Higgins M. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. Am J ClinNutr. 1998; 68(4):899-917.

²⁶ (BES). Binge Eating Scale.Psychology Tools.2016. Disponible en: <https://psychology-tools.com/binge-eating-scale/>

-
- ²⁷Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 1982; 7:47-55.
- ²⁸Ascanio S, Barrenechea C, De León M, García T, Gómez E, González G, Irigoyen E, Melo A, Moratorio X, Natero V, Nosei C, Olivera L, Selios A, Termezana L, Vizcarra P, Zulawski M. Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. WHO Feature. 2009.
- ²⁹ Stunkard AJ, Sorenson TI, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety S, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW., editors. *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. Raven Press; New York: 1983. p. 115-20.
- ³⁰ Collins ME. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *IJED*, 1991; 10:99-108.
- ³¹ González Montero de Espinosa M, André AL, García Petuya E, López Ejeda N, Mora AI, Marrodán MD. Asociación entre actividad física y percepción de la imagen corporal en adolescentes madrileños. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2010; 30(3):4-12.
- ³²Gardner RM, Stark K, Jackson N, Friedman BN. Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*. 1999; 87:981-993.
- ³³. Chandler-Laney PC, Hunter GR, Ard JD, Roy JL, Brock DW, Gower BA. Perception of others' body size influences weight loss and regain for European American but not African American women *Healt. Psychol.* 2009; 28(4): 414–18.
- ³⁴ Relação entre composição corporal, imagem corporal, atividade física e inteligência emocional em alunos universitários—estudo numa população portuguesa. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física, Música y Artes Plásticas. 2013.
- ³⁵ Altabe M, Thompson JK. Body image changes during early adulthood. *IJED*. 1993; 13: 323-28.
- ³⁶ Smith DE, Thompson JK, Raczynski JM, Hilner JE. Body image among men and women in a biracial cohort: The CARDIA study. *IJED*. 1999; 25 (1): 71-82.
- ³⁷Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J*. 1989; 4(2):49-53.
- ³⁸ Morales A, Gómez A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, Soto C. Binge Eating Disorder: Prevalence, Associated Factors and Obesity in University Students. *Rev Colombiana Ps*. 2015; 44(3):177-82.

-
- ³⁹ Baker JH, Runfolo CD. Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder?. *Maturitas*. 2016; 85:112-16.
- ⁴⁰ Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, de Graaf R, Bruffaerts R, ESEMeD-WMH Investigators. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESE MeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009; 43(14):1125-32.
- ⁴¹ Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr*. 2015; 20(06):522-29.
- ⁴² Fernández MAP, Encinas FJL, Raich RM. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Int J Psy Psychological Therapy*. 2005; 5(2):131-44.
- ⁴³ Peterson RE, Latendresse SJ, Bartholome LT, Warren CS, Raymond NC. Binge eating disorder mediates links between symptoms of depression, anxiety, and caloric intake in overweight and obese women. *J Obes*. 2012; 2012: 407103.
- ⁴⁴ Giusti V, Héraïef E, Gaillard RC, Burckhardt P. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2004; 9(1):44-49.
- ⁴⁵ De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25(1):51-55.
- ⁴⁶ Yanovski SZ, Leet M, Yanovski JA, Flood MN, Gold PW, Kissileff HR, Walsh BT. Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *Am J Clin Nutr*. 1992; 56(6):975-80.
- ⁴⁷ Barber JA, Schumann KP, ForanTuller KA, Islam LZ, Barnes RD. Medication Use and Metabolic Syndrome Among Overweight/Obese Patients With and Without Binge-Eating Disorder in a Primary Care Sample. *The primary care companion for CNS disorders*. 2015; 17(5):10.4088.
- ⁴⁸ Giusti V, Héraïef E, Gaillard RC, Burckhardt P. Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2004; 9(1):44-49.
- ⁴⁹ LópezAguilar X, Mancilla JM, VazquezArevalo R, Ocampo MT, Franco K, AlvarezRayón GL. Factores predictores de la tracción alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas. *J Behav Health & Social Issues*. 2010; 2(1):25-38.
- ⁵⁰ Thompson JK, Altabe M. Psychometric qualities of the Figure Rating Scale. *IJED*. 1991; 10:615–19.
- ⁵¹ Markey CHN, Markey PM, Birch LL. Understanding Women's Body Satisfaction: The Role of Husbands Sex Roles 2004; 51(3-4): 209–16.

-
- ⁵²Jones Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Williams NN. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes surg.* 2012; 22(3):389-97.
- ⁵³ Schulz S, Laessle RG. Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 2010;15(4):287-93.
- ⁵⁴ Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSMIV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eating Disord.* 2009;42(3):228-34.
- ⁵⁵ Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psy.* 2007;48(2):124-31.
- ⁵⁶ Lloyd Richardson EE, King TK, Forsyth LH, Clark MM. Body image evaluations in obese females with binge eating disorder. *Eating Behav.* 2000;1(2):161-71.
- ⁵⁷ Wardle J, Waller J, Rapoport L. Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obes Research.* 2001; 9(12):778-87.
- ⁵⁸ Sheehan DV, Herman BK. The psychological and medical factors associated with untreated binge eating disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015; 17(2):10.4088.
- ⁵⁹ Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *JPsy Research.* 2002; 53(5):985-93.
- ⁶⁰ Grilo CM, Masheb RM. Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *Inter J Eat Disord.* 2005; 38(2):162-66.
- ⁶¹ Forcier K, Stroud LR, Papandonatos GD, Hitsman B, Reiches M, Krishnamoorthy J, Niaura R. Links between physical fitness and cardiovascular reactivity and recovery to psychological stressors: A meta-analysis. *Health Psy.* 2006; 25(6):723-39.
- ⁶² Sothmann MS. The cross-stressor adaptation hypothesis and exercise training. *Psychobiology of physical activity.* 2006:149-60.
- ⁶³ Anestis MD, HolmDenoma JM, Gordon KH, Schmidt NB, Joiner TE. The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive Therapy and Research.* 2008; 32(3):370-85.
- ⁶⁴ Chao AM, White MA, Grilo CM. Smoking status and psychosocial factors in binge eating disorder and bulimia nervosa. *Eating Behav.* 2016; 21:54-58.
- ⁶⁵ Udo T, White MA, Barnes RD, Ivezaj V, Morgan P, Masheb RM, Grilo CM. Psychosocial and metabolic function by smoking status in individuals with binge eating disorder and obesity. *Addictive Behav.* 2016; 53:46-52.

⁶⁶ De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Related Metabolic Disord.* 2001;25(1):51-5.

⁶⁷ Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?. *Int J Eat Disord.* 2003; 34(1):117-20.

⁶⁸ Mitchell JE, King WC, Pories W, Wolfe B, Flum DR, Spaniolas K, Engel S. Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(5):471-76.

⁶⁹ Fairweather Schmidt K, Wade TD. The relationship between disordered eating and cigarette smoking among adult female twins. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(6):708-14.