

FACTORES PREDICTORES DEL ATRACÓN ALIMENTARIO EN UNA MUESTRA COMUNITARIA DE MUJERES MEXICANAS

PRECIVITIVE FACTORS OF BINGE EATING IN A COMMUNITY SAMPLE OF MEXCAN WOMEN

**Xochitl López-Aguilar, Juan Manuel
Mancilla-Díaz, Rosalia Vázquez-
Arévalo, Ma. Trinidad Ocampo Téllez-
Girón; Karina Franco-Paredes y
Georgina Leticia Alvarez-Rayón**

Agradecemos al CONACYT el financiamiento, con número de registro U50305-H, otorgado a Juan Manuel Mancilla-Díaz y al PAPIIT por el financiamiento, con número de registro PAPIIT IN309609-3, otorgado a Rosalia Vázquez Arévalo. Enviar la correspondencia a: Xochitl López-Aguilar, Proyecto de Investigación en Nutrición, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala. Av. de los Barrios # 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 54090, México, email: xochitll@servidor.unam.mx

LABORATORIO DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO
ALIMENTARIO. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA, UNAM

RECIBIDO 23 DE ABRIL DE 2009
ACEPTADO 18 DE SEPTIEMBRE, 2009

Resumen

El propósito de este estudio fue evaluar el nivel de predicción de conductas y actitudes alimentarias, afecto negativo, imagen corporal e indicadores antropométricos sobre el atracón alimentario. La muestra estuvo constituida de 81 mujeres, con un promedio de edad de 20.88 ($DE = 6.67$). Los participantes completaron los cuestionarios siguientes: Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QWEP-R), Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40), Cuestionario de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI), Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ), Inventario de Depresión de Beck (IDB) e Inventario de Ansiedad de Beck (IAB). Se tomaron medidas antropométricas con la finalidad de extraer el Índice de Masa Corporal (IMC), Índice Cintura-Cadera y el porcentaje de grasa. Los resultados señalan que el IMC, los sentimientos negativos posteriores al atracón, la fluctuación del peso, la susceptibilidad al hambre, la sintomatología de depresión y la insatisfacción corporal, fueron predictores del atracón alimentario. Los resultados enfatizan la necesidad de seguir investigando sobre el atracón alimentario en nuestro país.

Palabras clave: atracón alimentario, Trastorno por Atracón, sentimientos conductas y actitudes alimentarias, afecto negativo, imagen corporal e indicadores antropométricos

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the level of prediction of the eating behavior, clinical factors, body shape and anthropometrics parameters. The sample consisted of 81 women with an average age of 20.88 (SD = 6.67). The participants completed questionnaires: The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Bulimia Test (BULIT), Body Shape Questionnaire (BSQ), the Eating Disorder Inventory (EDI), the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and The Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED). Anthropometric measures were taken to calculate Body Mass Index (BMI), percentage body fat and Waist to Hip Ratio. The results of this study indicated that BMI, negative feelings after the binge, weight fluctuations, susceptibility to hunger, symptomatology of depression and body dissatisfaction, were predictors of binge eating. The results emphasize the need for further research on binge eating in our country

Key Words: Binge Eating, Binge Eating Disorder, eating behavior, clinical factors, body shape and anthropometrics parameters.

El atracón alimentario es el síntoma principal del Trastorno por Atracón (TPA), éste suele presentarse también en las pacientes con Bulimia Nerviosa (BN), por lo que en la práctica clínica se hace difícil diferenciar estos trastornos (Fairburn et al., 2000). De ahí que, son necesarias más investigaciones que permitan identificar las diferencias en cuanto a esta conducta. La literatura señala que la severidad del atracón se asocia principalmente con:

a) La dieta restrictiva, sin embargo los hallazgos son contradictorios, mientras que algunos estudios sugieren que el atracón es precipitado principalmente por la dieta restrictiva (Adami et al., 2002; Becker, Burwell, Navara & Gilman, 2003; Grange, Gorin, Catley & Stone, 2001; Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli, & Walsh, 2002; Hsu et al., 2002), otros reportan que no necesariamente la dieta es una precondition del atracón alimentario (Spoor et al., 2006; Strien, Engels, Leeuwe & Snoek, 2005). Por lo tanto, no es clara la contribución de este factor en el origen y mantenimiento del atracón alimentario;

b) Las Fluctuaciones de peso, este factor ha sido señalado como desencadenante del atracón, al respecto Kuehnel y Wadden (1994), Keinsinger, Murtough, Reichmann y Tangney (1998) han observado que las personas con altas oscilaciones del peso exhiben más desinhibición alimentaria. Marchesini et al. (2004) han reportado que el atracón se asocia con una alta frecuencia de dietas y con los ciclos de pérdida y ganancia de peso. Giusti, Heraïef, Gaillard y Burckhard (2004) argumentan que una historia de fluctuaciones del peso y los intentos de

reducción de peso son predictores de atracón alimentario en pacientes TPA que presentan un IMC mayor a 35 kg/m²;

c) La Imagen corporal, en relación a este factor, Cargill, Clark, Pera, Niaura y Abrahms (1999) encontraron que el atracón alimentario se asocia con una pobre percepción de la imagen corporal, específicamente con los sentimientos de vergüenza sobre sí mismos y una elevada preocupación por los comentarios negativos en público acerca de su figura corporal. Por otro lado, se ha identificado que en los pacientes con TPA la preocupación por la figura y el peso corporal están más relacionadas con la frecuencia y gravedad de los atracones que con el grado de obesidad (Sánchez & Fernández-Valdés, 2002). Sin embargo, para algunos autores (García-Camba, 2001; Guisado & Vaz, 2001), la sobrestimación de la talla es menos relevante en este tipo de pacientes que en aquellas con Anorexia Nerviosa (AN) o con BN;

d) El Afecto Negativo. La literatura señala que los afectos negativos –ansiedad, depresión y neuroticismo– pueden desencadenar también un atracón alimentario. Engelberg, Steiger, Gauvin y Wonderlich (2007), Hilbert y Tuschen-Caffier (2007), Munsch, Meyer, Margraf, Michael y Biedert (2008), Spoor et al. (2006) y Telch y Agras (1996) han reportado que el estado de ánimo negativo ocasiona en los pacientes con TPA un bajo control sobre el alimento lo que genera el inicio del atracón alimentario. Mientras que Chua, Touyz y Hill (2004) detectaron en una muestra de mujeres obesas que presentaban atracones: 39 estados negativos y 7 estados positi-

vos como desencadenantes del atracón alimentario, destacando la depresión como el desencadenante más común.

Al respecto Henderson y Huon (2002) fundamentan que las mujeres con altos niveles de afecto negativo tienen problemas más severos de atracones alimentarios que las mujeres que experimentan bajos niveles de alteraciones afectivas. Freeman y Gil (2004) encontraron, en 46 mujeres con TPA, que altos niveles de estrés y depresión incrementan el riesgo de que ocurra el atracón en el mismo día. Sin embargo, el afecto negativo y el estrés no son suficientes para desencadenar por sí solos el atracón, sino que es necesario que se conjuguen con la dieta restrictiva, de ahí que algunos autores sugieren considerar el efecto de su interacción (Chen, McCloskey, & Keenan, 2009). Stice et al. (2001) y Grilo (2004) encontraron que las mujeres con TPA que presentan dieta restrictiva y depresión reportan más conductas y actitudes alimentarias patológicas, como son una mayor frecuencia de atracones objetivos, más preocupación por la figura, el peso y la alimentación.

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

Pese a lo anterior, en México, el estudio de los factores de riesgo para los TCA, aún es escasa, de ahí que son necesarias más investigaciones que propongan modelos empíricos más precisos sobre la comprensión de esta problemática en nuestra

población, con la finalidad de que en un futuro se puedan formular tratamientos preventivos. Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue evaluar el nivel de predicción del comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación, afecto negativo, imagen corporal e indicadores antropométricos sobre el atracón alimentario.

En la variable indicadores antropométricos se evaluaron el Índice Cintura-Cadera, (ICC), el Índice de Masa corporal (IMC) y el Porcentaje de grasa; el constructo de comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación englobó la restricción alimentaria, el hambre, los sentimientos negativos posteriores al atracón, la motivación para adelgazar, las fluctuaciones del peso y las conductas compensatorias; el afecto negativo agrupó a la sintomatología de ansiedad y depresión; y en la imagen corporal se valoró la insatisfacción corporal.

Método

Muestra

Muestra no probabilística de tipo intencional, constituida por 81 mujeres (41 con atracón y 40 sin atracón) con un rango de edad de 15 a 35 años ($\bar{x} = 20.88$, $DE = 6.66$) y un nivel de escolaridad de secundaria, preparatoria y licenciatura, procedentes de diferentes instituciones educativas públicas y privada de la ciudad de México y su zona metropolitana; así como de la muestra canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición (UNAM-FES Iztacala) para su evaluación y de un centro de tratamiento para los TCA (véase Tabla 1).

Instrumentos

- 1) *Hoja de Datos Generales.*
- 2) Su objetivo es registrar información respecto a características sociodemográficas de los participantes, tales como: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, entre otros.
- 3) *Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWPR)*
Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised, Spitzer, Yanovsky & Marcus, 1993; Jonson, Grieve, Adams & Sandy, 1999), contiene 13 preguntas que tienen como objetivo identificar la frecuencia y duración del atracón alimentario, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductua-

Tabla 1
Características de la muestra

Procedencia		n =	Edad		Rango de edad
			\bar{X}	DE	
Instituciones educativas	Públicas	36	16.86	2.23	15-28
	Privadas	8	19.50	2.14	16-23
Centros de ejercicio aeróbico-reductor		22	27.55	7.75	16-35
Canalizadas al PIN y Centro de tratamiento de TCA		15	21.47	6.01	15-35
TOTAL		81	20.29	6.66	14-35

les de pérdida de control. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo –tres semanas ($\kappa = .58$)– y una validez convergente (asociación entre la Entrevista Clínica Estructurada [SCID] con QWEP, $\kappa = .60$; Spitzer, et al., 1993). En población mexicana, López (2008) encontró un alfa de Cronbach de .71 y una estructura factorial de dos factores (conductas compensatorias y atracón) con una varianza explicada total de 55.04 %. También se halló un coeficiente de correlación positiva entre el QEWP-R y la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, ($\kappa = .81$, $p \leq .0001$).

4) *Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)*,

Three Factor Eating Questionnaire, Stunkard & Messick, 1985). Contiene 51 reactivos que se dividen en tres factores relacionadas con la alimentación: restricción cognitiva (control consciente de la conducta alimentaria, $\alpha = .93$), desinhibición (ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico, $\alpha = .91$) y susceptibilidad al hambre ($\alpha = .85$). La adaptación para población mexicana presenta un coeficiente de consistencia interna adecuada ($\alpha = .87$) y una adecuada validez concurrente y discriminante (López, 2008).

5) *Inventario de Depresión de Beck (IDB)*, *Beck Depression Inventory*, Beck, 1967; Beck & Steer, 1993). Contiene 21 reactivos cuya finalidad es evaluar la presencia de depresión. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado en población mexicana por Jurado et al. (1996). La versión mexicana del IDB presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .87$), validez concurrente (correlaciona con la Escala de Zung de Depresión, $r = .70$, $p \leq .0001$) y sugiere los siguientes niveles de depresión: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63).

6) *Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)*, *Beck Anxiety Inventory*, Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Contiene 21 reactivos que evalúan sintomatología de ansiedad y su severidad, para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). La versión mexicana del IAB presenta una alta consistencia interna ($\alpha = .84$ y $.83$, en estudiantes y adultos), una adecuada confiabilidad test-retest ($r = 0.75$), así como, una estructura factorial de cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autónomo y pánico. Este cuestionario permite evaluar los siguientes niveles de severidad: mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y severa (31-65).

7) *Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI)*, *Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmstead & Polivy, 1983). Para población mexicana fue validado por Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuestas, de las que se desprenden 8 subescalas que explican el 41.7% de la varianza total, para este trabajo únicamente se empleo el factor: motivación para adelgazar. Este cuestionario ha demostrado una adecuada consistencia interna en población mexicana ($\alpha = .87$) y validez concurrente.

8) *Cuestionario de Bulimia (BULIT)*, *Bulimia Test*, Smith & Thelen, 1984). Identifica la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa, consta de 36 preguntas. Fue adaptado en población mexicana por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo adecuados coeficientes de validez y consistencia interna ($\alpha = .89$). Esta versión sugiere tres factores: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos después de la sobreingesta y conductas compensatorias. Para la presente investigación se retomará únicamente el factor de conductas compensatorias

y sentimientos posteriores al atracón, así como, las preguntas 25 y 32, que miden fluctuaciones en el peso.

1) *Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)*, Body Shape Questionnaire de Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987). Su objetivo es evaluar la preocupación e insatisfacción corporal. Comprende 34 preguntas, su punto de corte internacional es ≥ 105 y el nacional es ≥ 110 . En población mexicana fue adaptado y validado por Galán (2004), encontrando una excelente consistencia interna en muestra comunitaria ($\alpha = .95$) y clínica ($\alpha = .98$) y adecuada capacidad para discriminar a las muestra con y sin Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA).

2) *Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios*, (Interview for the Diagnosis of Eating Disorders [IDED], Williamson, 1990). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Entre sus propiedades psicométricas se encuentran adecuados niveles de consistencia interna para sus subescalas (anorexia $\alpha = .75$, Trastorno por Atracón $\alpha = .96$, y Bulimia $\alpha = .75$). Asimismo, ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & Murphy-Eberenz, 1998).

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

Índice de Masa Corporal (IMC):

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

	IMC
Bajo peso	15 a 18.9
Normal	19 a 24.9
Sobrepeso	25 a 29.9
Obesidad	≥ 30

a) *Índice Cintura Cadera (ICC).*

Estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula: $\text{Circunferencia cintura} \times 100 / \text{circunferencia cadera}$.

b) *Porcentaje de grasa.*

Para determinar el porcentaje de grasa se tomaron los pliegues cutáneos del bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla. De acuerdo al porcentaje de grasa, la obesidad se define en hombres como un porcentaje de grasa mayor a 25% y en mujeres como un porcentaje mayor 30%.

Aparatos

A) Antropómetro GPM, desmontable en cuatro segmentos, con capacidad de 2 m. y sensibilidad al milímetro más cercano.

b) Compás de corredera Harpenden, sensibilidad de 0-140 mm.

c) Cinta métrica flexible, sensibilidad de 0-150 cm.

d) Calibrador de pliegues cutáneos John Bull, sensibilidad de medición de 0-48 mm y de presión de 100 gr/mm².

e) Báscula pesa-personas Tanita, capacidad de 200 kg y sensibilidad de 100 gr.

Procedimiento

A) *Para la muestra procedente de instituciones educativas:*

Se llevaron a cabo tres sesiones, la primera consistió en solicitar a las diferentes instituciones su autorización para la aplicación de los instrumentos, una vez obtenida ésta se solicitó a los participantes su colaboración y procedió a la aplicación de los instrumentos (hoja de datos generales, QEWP-R, EAT-40 y BULIT) en grupos de 20 a 30 personas. Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

La segunda sesión duró aproximadamente 1:30 minutos y consistió en tomar las medidas antropométricas de manera individual, para extraer: el Índice de Masa Corporal (IMC), el Índice Cintura Cadera (ICC) y el porcentaje de grasa. Y se aplicación grupalmente los siguientes cuestionarios: IDB, IAB, BSQ, EDI y TFEQ.

En la tercera sesión, se entrevistó a los participantes que rebasaron el punto de corte del: EAT-40 y/o el BULIT, para hacer el diagnóstico de TPA; también se entrevistó al azar a una muestra proporcional a la anterior de personas que no rebasaron el punto de corte del EAT-40, y/o el BULIT para que

conformaran el grupo control; dicha muestra fue equiparada a la que rebasó el punto de corte de los instrumentos en edad, escolaridad y estado civil.

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

B) Para la muestra canalizada al PIN y la procedente de centro de tratamiento para TCA:

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

De la muestra procedente de instituciones educativas y de la muestra canalizada al PIN y la procedente de centro de tratamiento para TCA, se conformaron dos grupos considerando la presencia o

ausencia del atracón alimentario:

1) *Grupo con Atracón alimentario:* personas que presentan episodios de atracón alimentario, se consideró que una persona presentaba atracón alimentario si contestaba afirmativamente a la pregunta 1 y 2 del QEWP-R:

a) Durante los pasados 6 meses, alguna vez comió más que la mayoría de la gente, por ejemplo: que sus amigos, ¿pensaría que fue realmente una gran cantidad de alimento?

¿Alguna vez comió una cantidad realmente grande de alimento en un periodo corto de tiempo (2 horas o menos)?

b) Cuando comió una cantidad realmente grande de alimento ¿Alguna vez sintió que no podía parar de comer? ¿Sintió que no podía controlar qué o cuánto estaba comiendo?

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

Asimismo, con base a los criterios diagnósticos evaluados mediante la entrevista (IDED) se conformaron otros dos grupos: grupo con Trastorno por Atracón (TPA), $n = 18$) y grupo sin Trastorno del Comportamiento Alimentario ([control], $n = 18$).

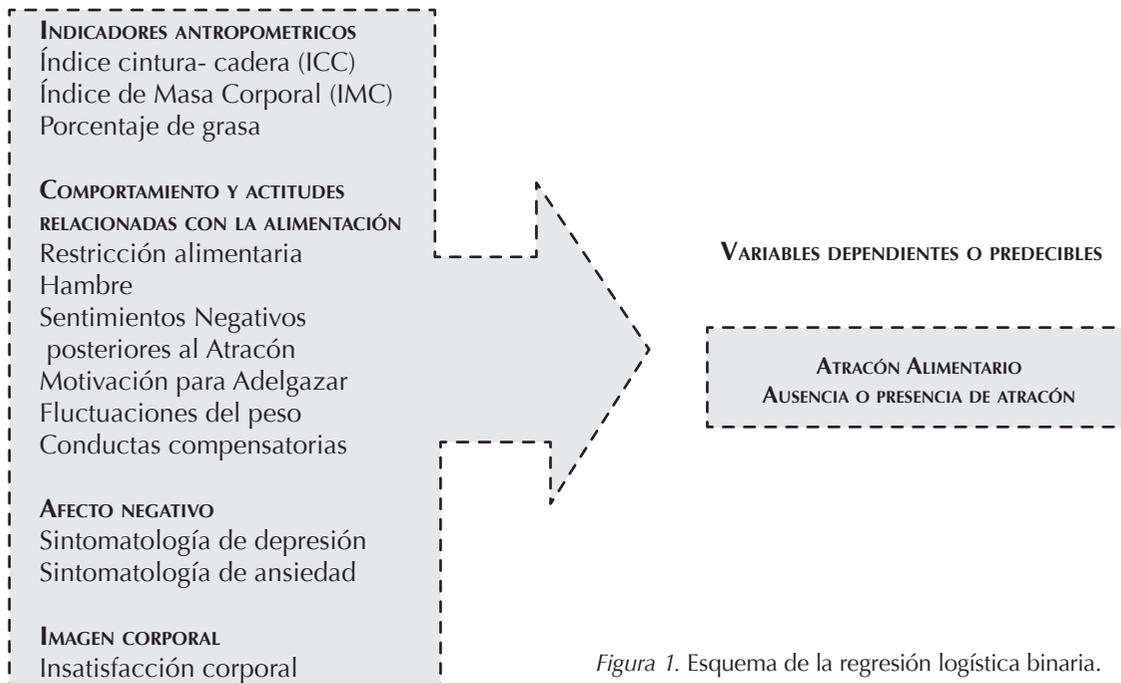


Figura 1. Esquema de la regresión logística binaria.

Predictores del atracón alimentario

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 16. Para evaluar cuál de las variables estudiadas son predictores del atracón se corrieron regresiones logísticas de tipo binaria; se consideró como variable dependiente la presencia o ausencia de atracón y como variables independientes o predictoras fueron considerados el comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación, el afecto negativo, la imagen corporal y los indicadores antropométricos (véase Figura 1).

Resultados

El análisis de regresión logística indicó que el IMC fue el único indicador antropométrico que predijo atracón alimentario (véase Tabla 2); esta variable clasificó correctamente al 63.2% de los casos. La muestra con atracón presentó 1.27 veces (OR [95% IC]= 1.27 [1.08, 1.37]) mayor probabilidad de tener un IMC elevado. Asimismo se encontró que el grupo de mujeres con atracón presentaron un IMC promedio de 27 kg/m² (EE= 0.84), que es considerado, de acuerdo Vargas y Casillas (1993), como

Tabla 2 (subtítulo 2)
Resultados del análisis de regresión logística binaria en cuanto a los predictores del atracón alimentario

Indicadores Antropométricos							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		χ^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	IMC	0.20	9.81 **	1.27	1.08	1.37	12.57***
Comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		χ^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Sentimientos Negativos posteriores al atracón	0.46	20.77 ***	1.60	1.31	1.95	69.57 ***
2	Sentimientos Negativos posteriores al atracón	0.46	11.50 **	1.60	1.21	2.08	83.75 ***
	Susceptibilidad al Hambre	0.67	8.86 **	1.88	1.24	2.87	
3	Sentimientos Negativos posteriores al atracón	0.43	7.37 *	1.54	1.13	2.11	91.13 ***
	Fluctuaciones de peso	0.23	5.83 *	1.26	1.04	1.51	
	Susceptibilidad al Hambre	0.65	6.63 *	1.91	1.17	3.11	
Afecto negativo							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		χ^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Depresión	0.17	16.61 ***	1.18	1.09	1.13	35.61 ***
Imagen corporal							
Pasos o Modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		χ^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Total del BSQ	0.12	12.66 *	1.13	1.05	1.18	79.70 ***

Nota: *p < .05, **p < .01, ***p < .0001.

sobrepeso.

Con respecto al Comportamiento y Actitudes relacionadas con la Alimentación, se aprecia que los Sentimientos Negativos Posteriores al Atracón, las Fluctuaciones de Peso y la Susceptibilidad al Hambre son predictores del atracón alimentario; este modelo clasificó correctamente al 93.8% de la muestra total. La muestra de mujeres con atracón exhibió 1.54 veces (OR [95% IC]= 1.54 [1.13, 2.11]) más probabilidad de presentar sentimientos negativos posteriores al atracón, 1.26 veces (OR [95% IC]= 1.26 [1.04, 1.51]) más probabilidad de presentar fluctuaciones de peso y 1.91 veces (OR [95% IC]= 1.91 [1.17, 3.11]) más susceptibilidad al hambre.

En lo referente a las variables agrupadas en el rubro de afecto negativo, se encontró que la sintomatología de depresión total de Inventario de Depresión Beck es predictor del atracón alimentario; está clasificó correctamente al 76.5% de los grupos. Por lo tanto, la muestra con atracón presentó 1.18 veces (OR [95% IC]= 1.97 [1.09, 1.13]) más probabilidad presentar sintomatología de depresión.

El grupo de mujeres con atracón se caracterizaron por presentar un nivel moderado de sintomatología de ansiedad ($\chi = 24.83$, EE = 2.18) y depresión ($\chi = 20.17$, EE = 1.99), mientras que los grupos sin atracón exhibieron un nivel mínimo de sintomatología de depresión ($\chi = 6.38$, EE = 0.99) y leve en la sintomatología de ansiedad ($\chi = 10.78$, EE = 1.38).

En cuanto a la imagen corporal, se encontró que la insatisfacción corporal ^{total del BSQ} es un factor que predice el atracón alimentario, ésta clasifica correctamente al 93.8 % de la muestra total. La muestra con atracón presentó 1.13 veces (OR [95% IC]= 1.13 [1.05, 1.18]) más probabilidad de exhibir insatisfacción corporal. El grupo con atracón rebasó el punto de corte nacional e internacional sugerido para el BSQ (grupo con atracón: $\chi = 138.24$, EE = 5.80. Grupo sin atracón: $\chi = 59$, EE = 2.73), de ahí que, una alta inconformidad con el peso y la figura parecen caracterizar a las muestra con atracón.

En la tabla 3, se aprecian que de los indicadores antropométricas, sólo el IMC es predictor del atracón en las mujeres con TPA, de esta manera, las mujeres con TPA mostraron 1.24 veces (OR [95% IC]= 1.24 [1.05, 1.48]) más probabilidad de tener un mayor IMC que las mujeres sin Trastorno del

Comportamiento Alimentario (TCA). Este modelo clasificó correctamente 70% de la muestra con TPA.

De acuerdo con los resultados, el grupo de mujeres con TPA se caracterizaron por exhibir un IMC de 32.01, lo cual es considerado para población mexicana como obesidad, en tanto que las mujeres sin TCA presentaron un IMC de 25.92 que es considerado como sobrepeso.

Respecto al comportamiento alimentario se encontró los sentimientos negativos posteriores al atracón y la susceptibilidad al hambre son predictores del atracón en la muestra de mujeres con TPA, estas variables clasificaron correctamente al 88.9% de la muestra estudiada. Las mujeres con TPA reportaron 1.52 veces (OR [95% IC]= 1.52 [1.05, 2.22]) más sentimientos negativos posteriores al atracón y 1.92 veces (OR [95% IC]= 1.92 [1.01, 3.64]) más susceptibilidad al hambre.

En cuanto al afecto negativo, los datos señalan que sólo la sintomatología de depresión es predictor del atracón en la muestra de mujeres diagnosticada con TPA, esta variable clasificó correctamente al 72.2% de los grupos. Por lo tanto, las mujeres con TPA presentan 1.19 (OR [95% IC]= 1.19 [1.05, 1.35]) veces más probabilidad de mostrar sintomatología de depresión.

El grupo con TPA presentó un nivel moderado de sintomatología de depresión ($\chi = 20.90$, EE = 2.95) y ansiedad (grupo con TPA: $\chi = 26$, EE = 3.62), y el grupo sin TCA presentó nivel mínimo de sintomatología de depresión (grupo con TPA: $\chi = 6.44$, EE = 1.51. Grupo sin TCA: $\chi = 6.44$, EE = 1.51) y leve de ansiedad ($\chi = 10.11$, EE = 1.60).

En lo que concierne a la imagen corporal, se observó que la insatisfacción corporal fue predictor del atracón en la muestra con TPA, clasificado correctamente al 80% de la muestra con este trastorno. La muestra de mujeres con TPA reportó 0.95 veces OR [95% IC]= 1.05 [1.02, 1.07]) más probabilidad de presentar insatisfacción corporal. Asimismo, se encontró que las mujeres con TPA rebasaron el punto de corte internacional y nacional sugerido para el BSQ ($\chi = 142$, EE = 6.68).

Discusión

De acuerdo con los resultados, las variables que fueron relevantes en la predicción del atracón son

Predictores del atracón alimentario

Tabla 3

Resultados del análisis de regresión logística binaria en cuanto a los predictores del atracón alimentario en una muestra con y sin TPA.

Indicadores Antropométricos							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		X^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	IMC	0.22	6.08*	1.24	1.05	1.48	9.23**
Comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		X^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Sentimientos Negativos posteriores al atracón	0.46	9.23**	1.59	1.77	2.14	27.68***
2	Sentimientos Negativos posteriores al atracón	0.42	4.82*	1.52	1.05	2.22	34.56***
	Susceptibilidad al Hambre	0.65	4.01*	1.92	1.01	3.64	
Afecto negativo							
Pasos o modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		X^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Depresión	0.18	7.22*	1.19	1.05	1.35	16.41***
Imagen corporal							
Pasos o Modelos		β	<i>Wald</i>	<i>Exp. β</i>	<i>IC (95%)</i>		X^2
					Límite Inferior	Límite Superior	
1	Total del BSQ	0.49	28.47*	0.95	0.92	0.98	17.92*

Nota: *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

las siguientes: IMC, Fluctuación del Peso, Sentimientos Negativos posteriores al Atracón, Susceptibilidad al Hambre, Sintomatología de Depresión y la Insatisfacción Corporal. A continuación se analizarán cada uno de estas características:

En cuanto a los Indicadores antropométricos, los datos señalan que el IMC resultó relevante en la predicción del atracón alimentario, tanto en la muestra de mujeres con atracón como en la diagnóstica TPA. Cabe destacar la muestra con atracón presentó un IMC promedio de 27 kg/m² (EE= 0.84) que de acuerdo a la norma para población mexicana adulta (Vargas & Casillas, 1993), es considerado como sobrepeso; y la muestra con TPA se caracterizaron por exhibir un IMC de 32.01, lo cual es considerado como obesidad leve. Estos datos son consistentes con previos estudios que fundamentan una asociación entre el atracón y el IMC (Borges, Jorge, Morgan, da Silveira & Custódio, 2002; de

Zwaam, 2001; Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen, & Martinovich, 2003; Lora & Saucedo, 2006).

Cabe destacar que el IMC que presentaron las participantes con TPA de esta investigación no fue tan alto como el reportado en estudios internacionales, donde se observan un IMC igual o mayor a 40 kg/m² (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007), lo que señala una obesidad severa. Un dato a considerar, es que si bien la obesidad ha aumentado considerablemente en nuestro país de acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición del 2006, es importante señalar que los niveles de obesidad son más alarmantes en otros países, como por ejemplo USA. Otra posible explicación es que la mayoría de las mujeres con TPA de este estudio provenían de una muestra comunitaria y de acuerdo a Basdevant et al. (1997) en muestras clínicas se ha encontrado un IMC de 35kg/m² y en muestras comunitarias un IMC 27.5 kg/m².

Para evaluar Comportamiento y actitudes relacionadas con la alimentación se consideró: Restricción alimentaria, Hambre, Sentimientos Negativos posteriores al Atracón, Motivación para Adelgazar, Fluctuaciones del peso y Conductas compensatoria, de dichas variables sólo 2 fueron importantes para predecir el atracón en las muestras de mujeres con atracón y la diagnosticada con TPA: los sentimientos negativos posteriores al atracón y la susceptibilidad al hambre.

La restricción alimentaria no fue predictor del atracón alimentario en las muestras evaluadas, confirmando lo reportado por Álvarez (2006), Byrne y McLean (2002), Spoor et al. (2006) y Strien et al. (2005), quienes no encontraron que la dieta jugara un papel relevante en la precipitación de los episodios de atracón en sus modelos de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) con muestras clínicas y comunitarias. Asimismo, Howard y Porzelius (1999) argumentan que no es claro el papel que juega este factor en el origen y mantenimiento del TPA. Dada esta controversia en la literatura es posible que la dieta restrictiva este mediada por otros factores para desencadenar el atracón, tales como las emociones o puede ser que existan diferentes caminos, tal como lo sustentan las investigaciones de Grilo (2002), Grilo y Masheb (2000), Grilo y Masheb (2004), Ramacciotti et al., (2005), Reas y Grilo (2007) y Schimidt (2000).

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

Las fluctuaciones del peso corporal han sido ampliamente citadas en la literatura como un precipitante importante del atracón alimentario (de Zwaan et al., 1994; Foster, Sarwer & Wadden, 1997; Spitzer et al., 1992; Venditti, Wing, Jakicic, Butler & Marcus, 1996; Yanovski & Sebring, 1994). Por lo tanto, las participantes con atracón pueden sufrir importantes alteraciones a nivel metabólico, posiblemente resultado de hábitos alimentarios inadecuados. Al respecto Popkess-Vawter y Owens (1999), Hernández, Trava, Bastarrachea y Laviada

(2003), señalan que las fallas en el mantenimiento del peso corporal se asocian de manera importante con el atracón.

En cuanto a los afectos negativos que caracterizaron a la muestra con atracón, se apreció que las muestras con atracón y TPA presentaron niveles moderados de sintomatología de ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con lo reportado por Jirilk-Babb y Geliebter (2003), Mazzeo, Saunders y Mitchell (2006), Wheeler, Greiner y Boulton (2005) y Womble et al. (2001).

El afecto negativo—como son la ansiedad, la depresión y el neuroticismo— es un precipitador potencial del atracón alimentario (Chua, Touyz & Hill, 2004; Freeman & Gil, 2004; Gagnon-Girouard et al., 2009; Pendleton et al., 2001; Peterson, Millar, Crow, Turras y Mitchell, 2005; Reagan & Hersch, 2005, Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrocks, 2000). En este estudio se encontró que sólo la sintomatología de depresión, fue predictor del atracón alimentario. Reagan y Hersch (2005) proponen que los síntomas de depresión incrementan la frecuencia de los episodios de atracones en muestras constituidas por mujeres.

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

En cuanto a la insatisfacción corporal, la literatura reporta que ésta es probablemente uno de los más robustos factores de riesgo del TCA y ha mostrado predecir el atracón (Gilbert, 2007). De acuerdo con este trabajo, la insatisfacción corporal fue relevante en la predicción del atracón. Datos similares han sido identificados por Afridi, Safdar, Khatkhat y Khan (2003), Byrne y McLean (2002), Russ (1998). Considerando estos hallazgos, la insatisfacción corporal es una variable importante en la caracterización de las muestra con episodios de atracón alimentario y con TPA.

La insatisfacción corporal en dichas personas es

real, ya que las muestras con atracón y TPA presentaron un IMC que las clasifica con sobrepeso y obesidad, a diferencias de las pacientes con Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa que se caracterizan porque la insatisfacción corporal no corresponde con la realidad. Este estudio apoya lo encontrado por Matos et al. (2002), en cuanto a que las mujeres con una alta frecuencia de atracones presentaban altas puntuaciones en el BSQ (≥ 140). Asimismo, coincide con lo encontrado en otros estudios con población mexicana (López, Mancilla, Álvarez & Cobos, 1998; López, Mancilla, Álvarez & Vázquez, 2003), en lo referente a que las mujeres provenientes de grupos de comedoras compulsivas presentan más insatisfacción corporal y una mayor asimilación del modelo estético corporal de delgadez extrema.

Referencias

- Adami, G. F., Campostano, A., Marinari, G. M., Ravera, G., & Scopinaro, N. (2002). Night eating in obesity: a descriptive study. *Nutrition, 18*, 7-8, 587-589
- Afridi, A.K., Safdar, M., Khattak, M. M. A. K., & Khan, A. (2003). Health Risks of Overweight and Obesity - An Over View. *Pakistan Journal of Nutrition, 2*, 6, 350-360.
- Álvarez, G. (2006). Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología-UNAM, México.
- Álvarez, G., Mancilla, J. M., & Vázquez, R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea, 7*, 74-85.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed., Text Revision). Washington: APA.
- Basdevant, A., Le Barzic, M., Lahlou, N., Pouillon, M., Brillant, M., & Guy-Grand, B. (1997). Correlates of Binge Eating Disorder in French Women. *European Eating Disorders Review, 5*, 115-120.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. En H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Handbook of Beck depression inventory*. E. U. A.: The Psychological Corporation.
- Becker, A. E., Burwell, R. A., Navara, K., & Gilman, S. E. (2003). Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: The view from Fiji. *International Journal of Eating Disorders, 34*, 423-431.
- Borges, M.B., Jorge, M., Morgan, C., da Silveira, D.X., & Custódio, O. (2002). Binge-eating disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Research, 10*, 1127-1134.
- Byrne, S. M., & McLean, N. J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 17-31.
- Cargill, B., Clark, M., Pera, V., Niaura, R., & Abrahms, D.B. (1999). Binge eating, body image, depression and self-efficacy in an obese clinical population. *Obesity Research, 7*, 379-386.
- Chen, E. Y., McCloskey, M. S., & Keenan, K. E. (2009). Subtyping dietary restraint and negative affect in a longitudinal community sample of girls. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 275-283
- Chua, J. L., Touyz, S., & Hill, A. J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: an experimental study. *International Journal of Obesity, 28*, 606-610.
- Cooper, P. J., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485-494.
- de Zwaan, M. D. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity, 25*, 1, S51-S55.
- de Zwaan, M. D., Mitchell, J. E., Seim, H., Specker, S., Pyle, R. L., Raymond, N. C., et al. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 15*, 43-52.
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L. & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and

- negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 531-536.
- Fairburn, C., Mphil, F., Cooper, Z., Doll, H., Dip, C., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorders in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 7, 659-665.
- Fitzgibbon, M. L., Sánchez-Johnsen, L., & Martinovich, Z. (2003). A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 83-97.
- Foster, G., Sarwer, D., & Wadden, T. (1997). Psychological effects of weight cycling in obese persons: A review and research agenda. *Obesity Research*, 5, 474-487.
- Freeman, L. M., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping & dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204-212.
- Gagnon-Girouard, M.P., Begin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Boivin, S., & Lemieux, S. (2009). Can we apply the dual-pathway model of overeating to a population of weight-preoccupied overweight women? *International Journal of Eating Disorders*, 4, 244-252.
- Galán, J.C. (2004). Validación en población mexicana del Body Shape Questionnaire: para detectar insatisfacción corporal. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García-Camba, E. (2001). Trastorno por atracón. En E. García-Camba (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad* (p.141-155). Barcelona: Masson.
- Garner, D., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Gilbert, M. L. (2007). Insecure attachment, negative affectivity, alexithymia, level of emotional awareness, and body image disturbance as predictors of binge eating severity in women who binge. Tesis de doctorado en, Fielding Graduate University, California, United States
- Giusti, V., Heraïef, E., Gaillard, R. C., & Burckhard, P. (2004). Predictive factors of binge eating disorder in women searching to lose weight. *Eating and Weight Disorders*, 9, 44-49.
- Grange, D., Gorin, A., Catley, D., & Stone, A. (2001). Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview? *European Eating Disorders Review*, 9, 309-324.
- Grilo, C. M. (2002). Binge Eating Disorder. En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2a ed., pp. 403-407). Nueva York: Guilford Press.
- Grilo, C. M. (2004). Subtyping female adolescent psychiatric inpatients with features of eating disorders along dietary restraint and negative affect dimensions. *Behaviour Research and Therapy* 42, 67-78.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 24, 404-409.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2004). Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 397-407.
- Guisado, A. J., & Vaz, J. F. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón o "binge eating disorder". *Revista Asociación Especialidades Neuropsiquiátricas*, XXI, 27-32.
- Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., Zimmerli, E., & Walsh, B. T. (2002). Binge size increases with body mass index in women with binge-eating disorder. *Obesity Research*, 10, 1021-1029.
- Hawkins, R.C., & Clement, (1984). Binge eating: measurement problems and a conceptual model. En: R.C., Hawkins, W.J., Fremouw, & P.F., Clement, (Eds.), *The binge eating purge syndrome: diagnosis, treatment, and research*. Nueva York: Springer, p. 229-218.
- Henderson, N., & Huon, G. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, 7, 77-87.
- Hernández, V., Trava, M., Bastarrachea, R., & Laviada, H. (2003). Trastornos bioquímicos y metabólicos de la Bulimia Nerviosa y alimentación compulsiva. *Salud Mental*, 26, 9-15.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 521-530.
- Howard, C., & Porzelius, K. (1999). The role of dieting in

- binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 19, 1, 25-44.
- Hsu, L.K.G.; Mulliken, B., McDonagh, B., Krupa, S., Rand, W., Fairburn, C.G., Rolls, B., McCrory, M. A., Saltzman, E., Shikora, S., Dwyer, J., & Roberts, S. (2002). Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity*, 26, 1398-1403.
- Hudson, J. H., Hiripi, E., Pope, G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*; 61, 348-358.
- Jirik-Babb, P., & Geliebter, A. (2003). Comparisons of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese, adult, female outpatients. *Eating Weight Disorders*, 8, 173-177.
- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D., & Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 301-314.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1996). La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- Keinsinger, G. J., Murrtaugh, M. A., Reichmann, S. K., & Tangney, C. C. (1998). Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 98, 8, 863-868.
- Kuehnel, R. H., & Wadden, T. A. (1994). Binge eating, weight cycling and psychopathological. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 321-329.
- Kustlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M., & Murphy-Eberenz, K. P. (1998). The Interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- López, X. (2008). Caracterización del Trastorno por Atracón en mujeres y hombres mexicanos. Tesis de doctorado, UNAM.
- López, X., Mancilla, J. M., Álvarez, G. L., & Cobos, G. (1998). Un estudio sobre la personalidad e imagen corporal de comedoras compulsivas. *Revista de Sanidad Militar Mexicana*, 51, 225-229.
- López, X., Mancilla, J. M., Álvarez, G. L., & Vázquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, 5, 2, 34-40.
- Lora, C. I.; & Saucedo, T., J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67.
- Mancilla, J. M., Franco, K., Álvarez, G. L., & Vázquez, R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the Eating Disorders Inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1, 167-177.
- Marchesini, G., Cuzzolaro, M., Mannucci, E., Grave, R. D., Gennaro, M., Tomasi, F., et al. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *International Journal of Obesity*, 28, 1456-1462.
- Matos, M.I., Aranha, L., Faria, A., Ferreira, S., Balcaltchuck, J., & Zanella, M.T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24, 165-169.
- Mazzeo, S., Saunders, R., & Mitchell, K. (2006). Gender and binge among bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*, 7, 47-52.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 3, 205-214.
- Munsch, S., Meyer, A. H., Margraf, J., Michael, T., & Biedert, E. (2008). Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers of binges in binge eating disorder (BED). *Eating and Weight Disorders*, 13, 22-29.
- Pendleton, V. R., Willems, E., Swank, P, Poston, W. C., Goodrick, G. K., Reeves, R. S., & Foreyt, J.P. (2001). Negative stress and the outcome of treatment for binge eating. *Eating Disorders*, 9, 351-360.
- Peterson, C. B., Millar, K. B., Crow, S. T., Turras, P., & Mitchell, J. E. (2005). Subtypes of binge eating disorder based on psychiatric history. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 3, 273-276.
- Popkess-Vawter, S., & Owens, V. (1999). Use of the BULIT bulimia screening questionnaire to assess risk and progress in weight management for overweight women who weight cycle. *Addictive Behaviors*, 24, 497-507.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Paoli, R., Gabriellini, G., Schulte, F., Castrogiovanni, S., Dell'Osso, L., et

- al. (2005). *The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa*. *Eating Weight Disorders*, 10, 8-12.
- Reagan, P., & Hersch, J. (2005). *Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample*. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 252-256.
- Reas, D. L., & Grilo, C. M., (2007). *Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder*. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 165-170.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). *Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad Beck: Propiedades Psicométricas*. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 2, 211-218.
- Russ, C. R. (1998). *Towards an explanation of overeating patterns among normal weight college women: development and validation of a structural equation model*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, USA.
- Sánchez, L., & Fernández-Valdés, R. (2002). *Trastorno por Atracón y Obesidad*. *Formación Continua Nutrición Obesidad*, 5, 314-24.
- Schmidt, U. (2000). *Binge eating and binge eating disorder*. *European Eating Disorder Review*, 8, 340-343.
- Smith, C., & Thelen, H. (1984). *Development & validation of a test for bulimia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., et al. (1992). *Binge eating disorder, a multisite field trial of the diagnostic criteria*. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z., & Marcus, M. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QWEP-R)*. Nueva York: Psychiatric Institute.
- Spoor, S. T. P., Stice, E., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., Croon, M.A., & Van Heck, G.L. (2006). *Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study*. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 700-707.
- Stice, E., Agras, S., Telch, C., Halmi, K., Mitchell, J., & Wilson, T. (2001). *Subtyping binge eating-disorder women along dieting and negative affect dimensions*. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 11-27.
- Striegel-Moore, H. R., Dohm, F. A., Kraemer, G. B., Taylor, C. B., & Daniels, S. R. (2007). *Risk factors for Binge Eating Disorders: An exploratory study*. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 481-487.
- Strien, T. V., Engels, R. C. M. E., Leeuwe, J. V., & Snoek, H.M. (2005). *The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples*. *Appetite* 45, 205-213.
- Stunkard, A.J., & Messick, S. (1985). *The Three-Factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition affect and hunger*. *Appetite*, 18, 167-183.
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1996). *¿Do emotional states influence binge eating in the obese?* *International Journal Eating Disorders*, 20, 3, 271-279.
- Vargas, L. A., & Casillas, L. (1993). *Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo*. *Cuadernos de Nutrición*, 16, 5, 34-46.
- Venditti, E. M., Wing, R. R., Jakicic, J. M., Butler, B. A., & Marcus, M.D. (1996). *Weight cycling, psychological health, and binge eating in obese women*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 2, 400-405.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Peragmon Press, Nueva York.
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005). *Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorder in woman*. *Perspective in Psychiatric Care*, 41, 114-123.
- Wolff, E. G., Crosby, D. R., Roberts, A. J. & Wittrocks, A. D. (2000). *Differences in dial stress, mood, coping and eating behavior in binge eating and nonbinge eating college woman*. *Addictive Behaviors*, 25, 205-216.
- Womble, G. L., Williamson, A. D., Martín, K. C., Zucker, L. N., Taw, M. J., Netemeyer, R., et al. (2001). *Psychosocial variables associated whit binge eating in obese males and females*. *International Journal Eating Disorders*, 30, 217-221.
- Yanovski, S. Z., & Sebring, N. G. (1994). *Recorded food intake of obese women with binge eating disorders before and after weight loss*. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.