

DEPARTAMENT PERSONALITAT, AVALUACIÓ I TRACT.
PSICOLOGICS

EL ATRACÓN Y SUS TRASTORNOS : CARACTERÍSTICAS
PSICOPATOLÓGICAS E IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS.

CRISTINA BORRA VEGAS

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2008

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 1 d'octubre de 2008 davant un tribunal format per:

- D^a. Amparo Belloch Fuster
- D. Rafael Ballester Arnal
- D^a. Mercedes Borda Más
- D^a. Carmen Maganto Mateo
- D^a. Rosa M. Baños Rivera

Va ser dirigida per:

D^a. Conxa Perpiñá Tordera

©Copyright: Servei de Publicacions
Cristina Borra Vegas

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7287-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115



VNIVERSITAT & VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Tesis Doctoral

**“EL ATRACÓN Y SUS TRASTORNOS: CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS E
IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS”.**

Presentada por: Cristina Borra Vegas.

Dirigida por: Dra. Concepción Perpiñá Tordera.

En primer lugar desearía expresar mi más sincero agradecimiento a la directora de esta tesis, la Dra. Conxa Perpiñá, por su entusiasmo, constancia, guía y paciencia; así como por las oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal que ha supuesto para mí realizar este trabajo bajo su tutela.

Gracias al Hospital Peset de Valencia por facilitarnos la muestra clínica, y en especial a las personas de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Servicio de Psiquiatría por dedicarnos su tiempo y prestarnos sus recursos, sobretodo a Tere Blanch y a Berta. Igualmente gracias al Centro de Planificación Familiar del área 3 de Salud de la Comunidad Valenciana por darnos la oportunidad para tener acceso al resto de la muestra.

Gracias también a Sonia Brines, compañera de fatigas en esta investigación, por su apoyo y sus ánimos, así como por todos los momentos que hemos compartido en pos del conocimiento científico.

Gracias a tantas y tantas personas que me han mostrado interés, palabras de afecto, aliento y comprensión durante todo este tiempo.

Imprescindible acordarse de todas las mujeres que de manera desinteresada fueron partícipes de esta investigación. Ellas contestaron a nuestras preguntas, respondieron los cuestionarios y nos dieron la oportunidad de aprender y enriquecernos, y, por supuesto, permitieron que este estudio saliera adelante. Muchas gracias a todas.

A Jose y Rosa,
sin vosotros no hubiera habido nada...

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	9
1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS:.....	9
1.1. Anorexia Nerviosa	9
1.2. Bulimia Nerviosa	13
1.3. Trastorno alimentario no especificado (EDNOS).....	17
1.4. EDNOS atípico: El trastorno por atracón.	20
2. EL CONCEPTO DE ATRACÓN:	28
2.1. Historia y evolución del concepto.....	28
2.2. Características definitorias del atracón.....	30
2.3. Análisis funcional del atracón.	34
2.4 Modelos explicativos del atracón.	38
3. ATRACÓN, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD: ASPECTOS CLÍNICOS:	44
3.1 Anorexia nerviosa.....	44
3.2. Bulimia nerviosa.	46
3.3 Trastorno por atracón.....	47
3.4. Obesidad	49
3.5. Otros problemas de atracón y sobre-ingesta.....	50
4. ATRACÓN, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD: MODELOS DE EXPLICACIÓN E INTEGRACIÓN	53

III. MARCO EXPERIMENTAL.....	62
1. OBJETIVOS.....	62
2. MÉTODO:	63
2.1. Participantes.....	63
2.2. Instrumentos.....	65
2.3. Procedimiento.	73
3. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.....	75
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	106
5. BIBLIOGRAFÍA.....	117
6. ANEXOS.	136

I. INTRODUCCIÓN.

Por mucho que nos pese y, aunque en otras épocas no haya sido así, es bien sabido que en el momento histórico que vivimos se prefiere la delgadez y la juventud. En esta sociedad de la abundancia, la delgadez se ha convertido en el prototipo de belleza, ya que resulta difícil, cara y costosa de alcanzar y mantener (Amigo, 2003), además es un signo del éxito y el autocontrol de la persona (Perpiñá, 1995).

Dentro de esta realidad, de un tiempo a esta parte ha surgido la consecuente preocupación social por el aumento de los trastornos alimentarios que este culto al cuerpo ha suscitado (Raich et al., 1997). Llevar una “vida sana” muchas veces es entendido como pasar horas y horas haciendo ejercicio y restringir en la dieta para perder peso, todo ello en un intento para conseguir ese cuerpo deseado. Esto, en numerosas ocasiones, conlleva instaurar una serie de hábitos poco saludables de restricción alimentaria en pos del ideal, consiguiendo, con ello, trastocar en la persona los mecanismos del hambre y la saciedad y acabar teniendo más probabilidad de sufrir un trastorno alimentario.

Desde un punto de vista clínico en los últimos tiempos ha habido un importante avance en lo que al estudio de los trastornos alimentarios se refiere. Sin embargo, se ha comprobado que no hace falta sufrir un trastorno alimentario para que la vida de una persona esté afectada, de una manera importante y significativa, por preocupaciones por la apariencia o por los hábitos de ingesta. Por ello, es importante empezar a plantearse formas eficaces de apresar y abordar esta realidad que nos rodea. Pero todo tratamiento útil y eficaz no puede serlo si previamente no existe un conocimiento adecuado de las circunstancias reales y de los factores que las suscitan. Y, por supuesto, este conocimiento debe estar marcado por la investigación científica y profesional.

Dentro de la clasificación de los trastornos alimentarios siempre se habla de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa, pero la realidad clínica es que la mayoría de

veces nos encontramos con problemas de importante gravedad que no pueden catalogarse dentro de uno u otro epígrafe, lo que nos lleva a pensar que sería importante investigar lo que está ocurriendo en la práctica clínica y clarificar así las características de lo que podríamos llamar el “gran cajón de sastre” de los trastornos alimentarios no especificados (Striegel–Moore y Franko, 2008).

Por otra parte, el atracón como episodio, esta presente en otros trastornos, alimentarios y no alimentarios, y ha ido evolucionado en su conceptualización y enfoque. El fenómeno del atracón puede darse en todo rango de peso y aparecer en cualquier tipo de trastorno alimentario, pero el DSM, a lo largo de la historia, lo ha relacionado, principalmente, con el diagnóstico de la bulimia nerviosa (Fairburn y Wilson, 1993). Si hacemos un recorrido por las distintas definiciones que ha dado el DSM a lo largo de sus revisiones del concepto de atracón nos encontramos que en el DSM III (1980) aparece asociado a la bulimia y se refiere a él como recurrentes episodios de ingerir una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, normalmente menos de dos horas, y miedo a no ser capaz de parar. El DSM III–R (1987) define el atracón, en el contexto de la bulimia nerviosa, como una rápida ingesta de gran cantidad de comida en un periodo de tiempo corto y sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad. Por su parte, tanto la versión del DSM IV del año 1994 como la del año 2002 (DSM IV–TR) coinciden en que un episodio de atracón se caracteriza por: (1) el consumo de una gran cantidad de comida en un corto espacio de tiempo (p. e., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar y en las mismas circunstancias; y (2) tener sensación de pérdida de control durante el episodio (p. e., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). Sin embargo, la primera vez que se describe el fenómeno del atracón se hace a propósito de un paciente con obesidad mórbida. Este paciente no necesitaba vomitar tras su episodio para mitigar los efectos de su orgía alimentaria, sino para aliviar su tensión estomacal (Stunkard, 1959). Sin embargo, lo que parece que aúna a aquel paciente obeso con una paciente con bulimia nerviosa con atracones son sus manifestaciones psicopatológicas y su gravedad.

En este sentido, a pesar de que el atracón es reconocido como un fenómeno clínicamente relevante desde hace bastantes décadas, el hecho de que aparezca asociado prácticamente a todos los trastornos alimentarios, no ha ayudado a la hora de conceptualizarlo explícitamente. Por si fuera poco, varios estudios han constatado que no existen diferencias entre los obesos que tienen atracones de los que no los tienen en cuanto a la respuesta al tratamiento para la obesidad (Stunkard y Allison, 2003), mientras que otros sugieren que los atracones no resueltos se asocian a un peor pronóstico en el tratamiento de la obesidad (Sherwood, Jeffery y Wing, 1999). Además, el fenómeno del atracón se ha visto que no es estable a lo largo del tiempo (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000) y que remite, por lo menos a corto plazo, en respuesta a varios tipos de tratamientos incluido el placebo (Stunkard et al., 1996). No podemos olvidar tampoco que el concepto de trastorno por atracón como un diagnóstico psiquiátrico distinto tiene un origen relativamente reciente, y aún hoy está en vías de investigación e incluso su utilidad práctica ha sido cuestionada (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Por tanto, nos encontramos en un momento en el que los datos y las reflexiones sobre qué características y qué significado tiene el atracón en los trastornos alimentarios, incluido el trastorno por atracón, son necesarios. Aún faltan investigaciones que aclaren qué modelo se ajusta más a la realidad del atracón, y todo ello nos anima en continuar en nuestro propósito de desentrañar lo que añade a la psicopatología de la persona que lo padece, así como plantear qué diferencias existen en su sintomatología. Por ello, el objetivo general del presente trabajo ha sido el análisis de las características de pacientes con trastornos alimentarios que experimentan atracones y estudiar las semejanzas y diferencias con otros pacientes (trastornos alimentarios y obesos) que no presentan atracones.

II. MARCO TEÓRICO.

1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Los trastornos alimentarios son cuadros clínicos graves en los que se dan importantes alteraciones de la conducta alimentaria, como consecuencia de los grandes esfuerzos por controlar el peso y el cuerpo (Perpiñá, 1995).

La etiología de estos trastornos es multifactorial, y sólo pueden entenderse por la interacción de diversos factores psicológicos, socioculturales, fisiológicos que se potencian y modifican mutuamente, dando lugar a una gran complejidad (Gandarillas y Febrel, 2000). Por distintas razones los trastornos alimentarios se encuentran entre las enfermedades que más preocupan hoy en día, y es que sus porcentajes de mortalidad son los más altos entre los trastornos psicológicos (Toro, 1996).

Tanto el DSM-IV-TR (APA, 2002) como la CIE-10 (OMS, 1992), distinguen dos trastornos bien definidos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), y los cuadros atípicos, que no llegan a cumplir los criterios para ningún trastorno específico (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*, EDNOS). El DSM-IV-TR, define aparte el trastorno por atracón ("Binge Eating Disorder"), concretamente en el apéndice B, en los criterios y ejes propuestos para estudios posteriores.

1.1. La anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida significativa de peso corporal provocada por un deseo imperioso de la persona por adelgazar. Para conseguir este adelgazamiento se suprime o reduce la ingestión de alimentos y, con cierta frecuencia, se recurre también a la provocación de vómitos, al uso de laxantes o al ejercicio físico exagerado.

Según Bruch (1973), tres son las características principales de la anorexia nerviosa: la distorsión en la percepción de la imagen corporal, sin que la persona reconozca su delgadez a veces extrema; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal.

Este comportamiento patológico también se ha dado en otras épocas, pero nunca tan frecuentemente como hoy en día y por razones muy diferentes a las actuales (Amigo, 2003). Los datos epidemiológicos dicen que, en el mundo occidental, sufren anorexia del 0,2 al 0,8 % de la población general y entre el 1 y el 2 % de las mujeres adolescentes (Toro, 1996). La proporción de varones y mujeres es aproximadamente de 1 a 10, aunque esta diferencia entre los sexos se empieza a acortarse desde hace unos años (Kaplan y Sadock, 1998). Hay algunas poblaciones más sensibles que otras, concretamente las de los países desarrollados con alto estatus económico, aunque progresivamente se ha observado un desplazamiento hacia las clases más bajas (Garfinkel y Garner, 1982). De igual manera tiende a observarse una mayor prevalencia de la anorexia nerviosa en aquellas mujeres jóvenes cuyas profesiones requieren estar delgadas, tales como gimnastas, modelos o bailarinas (Kaplan y Sadock, 1998).

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; APA, 2002) se indican los criterios para el diagnóstico de este trastorno, tal y como pueden verse en el Cuadro 1. Tres son las características esenciales en la anorexia nerviosa según el DSM-IV: la primera es el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, que será inferior al 85 % del peso normal para su edad y su talla; en segundo lugar es característica la preocupación por la imagen y el peso, es decir, existe un intenso miedo a engordar y ser obeso, a pesar de la delgadez corporal, lo que corrobora que la imagen y el peso son centrales en la autovaloración del sujeto; el tercer criterio, que se aplica sólo a las mujeres postpuberales, es la amenorrea, definida por el DSM-IV-TR como la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Cuadro 1: Criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa según el DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye a la Anorexia Nerviosa dentro del grupo de trastornos alimentarios, siendo necesario para su diagnóstico, el cumplimiento de los siguientes criterios:

- A. Rechazo a mantener un peso corporal por encima del valor mínimamente normal para la edad y la talla (p.e. pérdida de peso o mantenimiento de un peso corporal inferior al 85 % de lo que se espera o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal menor que el 85 % de lo esperado).
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración en cómo el propio peso o talla corporal es experimentado, estando su auto-evaluación indebidamente influenciada por el peso o la talla corporal, o negando la gravedad de la pérdida de peso.
- D. En mujeres postmenárquicas, amenorrea, p.e., la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos ocurren únicamente tras la administración de hormonas).

Hay que añadir que una proporción de pacientes con anorexia nerviosa no pueden mantener continuamente el control sobre la restricción voluntaria de alimentos y entonces comen grandes cantidades de una vez. Estos episodios de sobreingesta o atracones suelen ir acompañados de conductas compensatorias y son los que caracterizan el subtipo compulsivo/ purgativo, que el DSM-IV-TR diferencia del subtipo denominado restrictivo en el que no se realizan atracones y purgas.

El trastorno suele iniciarse entorno a los 14 y los 18 años de edad, pero estos límites de inicio están bajando en los últimos tiempos (Toro, 1996). Afecta mayormente a mujeres, aunque últimamente está aumentando el número de varones afectados (Kaplan y Sadock, 1998). Los pacientes experimentan un intenso miedo a aumentar de peso, habitualmente ante el hecho de haber recibido alguna crítica sobre que le sobra algún kilo (Perpiñá, 1995). La distorsión de la imagen corporal, que es casi una constante a la hora de sobrevalorar las dimensiones de la silueta corporal, hace que se mantenga la restricción alimentaria. La gravedad del bajo peso es negada casi constantemente, por lo

que suele carecerse de conciencia de enfermedad, y cuando se acude a consulta es en un estado muy avanzado de deterioro.

Aunque la persona no come apenas, las preocupaciones alimentarias se hacen tremendamente intrusivas, y la alimentación y los alimentos se convierten permanentemente en objetos de ritualización y pueden ser sometidos a distintos tipos de manipulación, como esconderlos, cortarlo todo en pequeños trozos, reorganizar durante mucho tiempo los alimentos en el plato (Perpiñá, 1995). La mayoría de los pacientes niegan estas evidencias cuando se les pregunta directamente, otros rehúsan tajantemente hablar de ello (Kaplan y Sadock, 1998).

Las relaciones interpersonales siempre están alteradas de una manera u otra. La conflictividad familiar, en la mayoría secundaria a la aparición del trastorno, suele ser la norma. El aislamiento social suprime las gratificaciones socioafectivas y aumenta la disforia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurso de su progresiva malnutrición.

La malnutrición, produce alteraciones de todo tipo, especialmente a nivel hormonal, concretamente en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que produce retraso del desarrollo sexual en adolescentes, amenorrea en las mujeres y a la pérdida de interés y potencia sexual en varones (Amigo, 2003). Además, la malnutrición puede dar lugar a todo tipo de síntomas y trastornos asociados como hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello, aparición de lanugo, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, etc. (Kaplan y Sadock, 1998)

La sintomatología de la anorexia nerviosa es muy variada y compleja. Junto a los trastornos somáticos, antes comentados, y las alteraciones de la imagen corporal, se les unen las conductas obsesivo-compulsivas, los síntomas de depresión y también de ansiedad (Toro, 1996). La malnutrición y el progreso hacia una situación cada vez más

estresante, para la que no se ve salida, provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, incluso ideas de muerte y suicidio, etc. (Amigo, 2003).

El curso de la anorexia nerviosa varía entre la remisión espontánea sin tratamiento, la remisión tras varios tratamientos, el curso fluctuante con recaídas o el deterioro progresivo hasta la muerte debido a las complicaciones que ocasiona la inanición (Kaplan y Sadock, 1998). Además, cabe destacar que aproximadamente la mitad de los pacientes anoréxicos experimentan episodios bulímicos, que suelen comenzar en el año y medio siguiente del comienzo del inicio de la anorexia nerviosa (Toro, 1996), pudiéndose modificar incluso el diagnóstico hacia una bulimia nerviosa.

Algunos estudios de evolución indican que, transcurridos unos cinco años después del diagnóstico, un 25 % de los pacientes no ha superado la enfermedad, un 40 % presenta síntomas depresivos y un 25 % obsesivos (Amigo, 2003). La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10 %, pero en seguimientos de 30 años o más dicha tasa se eleva al 18 %. Tras 12 años de evolución la curación se considera sumamente difícil, si no imposible (Toro, 1996). Un estudio de revisión de los tipos de anorexia nerviosa señalaba que el tipo restrictivo parecía ser más crónico que el tipo compulsivo/purgativo (Kaplan y Sadock, 1998).

1.2. Bulimia Nerviosa.

Etimológicamente la palabra *bulimia*, proveniente del griego, significa “hambre desmesurada”. Actualmente se considera a la bulimia nerviosa como el otro gran trastorno de la alimentación. El DSM-IV-TR describe la bulimia nerviosa como un trastorno que consiste en atracones de comida y métodos de compensación poco apropiados para evitar ganar peso. Para su diagnóstico, se requieren tres características según Fairburn y Garner (1989). La primera es la presencia recurrente de momentos de gran voracidad, llamados *atracones*, en los que se ingieren alimentos durante un corto período de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en

un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, acompañada de sensación de pérdida de control sobre esa ingesta. En segundo lugar se requiere la presencia de conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso y poder controlar la figura; son recurrentes, por lo tanto, los vómitos autoinducidos, el consumo de diuréticos o laxantes, el ejercicio físico excesivo, la dieta extrema o el ayuno. Por último, se observa una preocupación excesiva por la figura y el peso que influye de forma exagerada en la autovaloración del sujeto e incluso en su autoestima.

El DSM-IV-TR diferencia además dos subtipos de bulimia en función de la presencia o ausencia de conducta purgativa. *Tipo purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa la persona presenta con regularidad conductas purgativas (p.e. vómitos autoinducidos o abuso de laxantes, diuréticos o enemas). *Tipo no purgativo*: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona usa otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no los vómitos autoinducidos, ni el abuso de laxantes, diuréticos o enemas. En el cuadro 2 se presentan los criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según el DSM-IV-TR.

Cuadro 2: Criterios para el diagnóstico de la Bulimia Nerviosa según el DSM-IV-TR.

<p>A. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por ambas de las siguientes características:</p> <p>(1) comer en un discreto período de tiempo (aproximadamente 2 horas), una cantidad de comida que es definitivamente mayor de lo que la mayoría de gente podría comer en un período de tiempo similar y bajo circunstancias similares.</p> <p>(2) Tener sensación de pérdida de control durante el episodio (p.e. sentir que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).</p> <p>B. Recurrentes conductas compensatorias inapropiadas destinadas a prevenir la ganancia de peso, tales como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas, así como de otras medicaciones, ayunos o ejercicio excesivo.</p> <p>C. Tanto los atracones como las conductas compensatorias inapropiadas, ocurren al menos dos veces por semana, durante un período de tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación está indebidamente influenciada por el peso y la talla corporal.</p> <p>E. La alteración no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.</p>

El DSM-IV-TR indica, además, que para realizar el diagnóstico, el paciente no debe cumplir los criterios de una anorexia, en cuyo caso se diagnosticará como anorexia nerviosa. Esto tiene el efecto de restringir el diagnóstico de bulimia a los casos con peso medio o por encima de la media. Por lo tanto, las personas afectadas por este trastorno suelen estar dentro de un intervalo de peso normal, aunque algunos presentan leves desviaciones, tanto por encima como por debajo, de la normalidad e incluso puede aparecer en personas con obesidad moderada o mórbida (APA, 2002).

En cuanto a la prevalencia del trastorno, en el DSM-IV-TR se habla de entre un 1% y un 3 % de la población, y de una mayor incidencia en mujeres ya que en varones la prevalencia es diez veces menor. La bulimia, suele tener un inicio más tardío que la anorexia, ya que puede ocurrir incluso al inicio de la madurez (Kaplan y Sadock, 1998), aunque la edad de inicio más frecuente suele ser entre los 18 y 22 años. Por lo que respecta a la población española, los datos recogidos por Pérez-Gaspar en el año 2000, hablan de un 0.8 % de la población, aunque es probable que, dado que una de las características del propio trastorno es la posibilidad de ocultarlo durante bastante tiempo, las cifras reales puede que sean mucho más altas. En el estudio de Rojo, Livianos, Conesa, García et al., (2003), se habla de una prevalencia del 0.41 % (menor que en otros estudios, tal vez, debido a la inferior edad de la muestra con que se investigaba).

En la bulimia nerviosa es frecuente la presencia de síntomas de ansiedad, depresión e irritabilidad, así como ideación suicida (principalmente durante los episodios bulímicos), conductas adictivas y falta de control de los impulsos (Perpiñá, 1995). También se ha visto que un número importante de individuos con este trastorno cumplen criterios para uno o más trastornos de la personalidad, sobre todo del trastorno límite (APA, 2002). Algunos datos también sugieren que el subtipo purgativo va acompañado de más síntomas depresivos y de una preocupación mayor por el peso y la figura que en el subtipo no purgativo (APA, 2002).

En principio, la bulimia rara vez tiene como consecuencia la muerte, pero es importante recordar que tanto los atracones como las purgas tienen efectos muy nocivos para la salud. Aunque resulte paradójico, los atracones, en los que se ingiere normalmente gran cantidad de alimentos dulces, pueden llevar a un estado de hipoglucemia. Ya que ante una gran ingesta de azúcares el páncreas produce a su vez mucha insulina para regular el nivel de azúcar en sangre. Como consecuencia de esto aparecen la fatiga, el vértigo y cierto estado de letargo y depresión. A su vez, las purgas producen la corrosión de los dientes debido a los efectos del ácido clorhídrico al vomitar. Este mismo ácido también produce hemorragias y lesiones en el esófago y en la boca (Amigo, 2003).

Además, estos pacientes sufren de una amplia gama de complicaciones como deplección de los niveles de pérdidas de potasio, hipertrofia de la glándula parótida a consecuencia del desequilibrio electrolítico, hipocalcemia, infecciones urinarias, parestesia periférica, arritmias cardíacas, crisis epilépticas, crisis tetánicas o rigidez muscular, y, a largo plazo, daño renal e irregularidades menstruales. También pueden presentar callosidad en el dorso de la mano (*"signo de Russell"*) producida por el roce continuo de los incisivos superiores al provocarse el vómito (Perpiñá, 1995).

La bulimia nerviosa suele iniciarse al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta y suele tener su punto de partida en una dieta hipocalórica (APA, 2002). Es frecuente que, antes incluso de la aparición de la bulimia, ya se manifieste una gran insatisfacción con el cuerpo y se empiece a hacer dietas o restringir determinados alimentos con el objetivo de perder peso. Algunos estudios muestran que al menos el 80 % de las personas con bulimia nerviosa habían iniciado una dieta antes de que se manifestara el trastorno (Amigo, 2003). Si en la anorexia se considera la dieta como una condición necesaria pero no suficiente para la aparición del trastorno, en la bulimia la dieta guarda una relación mucho más estrecha y directa. De hecho, el atracón bulímico suele ser la consecuencia natural del incumplimiento de una dieta muy restrictiva que lleva al paciente a comer alimentos considerados "prohibidos" (Amigo, 2003). Parece que las restricciones que se imponen al organismo con las dietas hacen que éste reaccione

demandando aquello de lo que se le priva. Esta privación suele acabar en un atracón que genera en la persona bulímica una gran preocupación por su peso y que le lleva, habitualmente, a iniciar algún tipo de maniobra para purgarse. La purga se vive, por lo tanto, como una forma de aliviar la ansiedad ya que con ella el paciente se deshace de la cantidad de calorías que aumentarán su peso. De esta forma las conductas compensatorias se refuerzan y es más probable que siga recurriéndose a ellas para aliviar la ansiedad producida por los atracones. De esta forma la persona acaba entrando en un círculo vicioso, ya que tras la purga, se reinicia una nueva restricción calórica importante que, de nuevo, acaba con un nuevo atracón y la consiguiente purga. Además la conducta purgativa tiene como efecto secundario indeseable una disminución del ritmo metabólico que conducirá a lo que más se teme: aumentar la probabilidad de ganar peso.

Dentro de este círculo, se produce una inevitable alteración del estado emocional. Los propios estados de ánimo junto a determinadas situaciones interpersonales estresantes, también pueden desencadenar los atracones. Tras ellos, la insatisfacción con el cuerpo se incrementa, por lo que en muchos casos, con el fin de mitigar este estado emocional negativo, utilizan conductas destinadas a compensar (vómitos, laxantes o diuréticos, ejercicio, etc.). El objetivo es, por una parte, deshacerse de las calorías que han ingerido para evitar engordar y, por otra parte, sentirse mejor con ellas mismas.

1.3. Trastorno alimentario no especificado (EDNOS).

El DSM-IV reconoce una tercera categoría dentro de los trastornos alimentarios, (*Eating Disorders Not Otherwise Specified*, EDNOS), diseñada para incluir los casos de trastornos de la conducta alimentaria de gravedad clínica que no cumplen los criterios diagnósticos de los cuadros específicos descritos anteriormente. Es importante aclarar que el hecho de que estos trastornos se categoricen como “no especificados” no implica que sean residuales o que tengan una significación clínica menor, sino más bien hace referencia a la gran complejidad de los trastornos clínicos y las dificultades asociadas a la utilización de los sistemas de clasificación categoriales que muchas veces son demasiado

específicos y dejan de diagnosticar a muchas personas (Perpiñá, 2000). La figura 1 nos muestra la relación entre el diagnóstico de los distintos trastornos alimentarios.

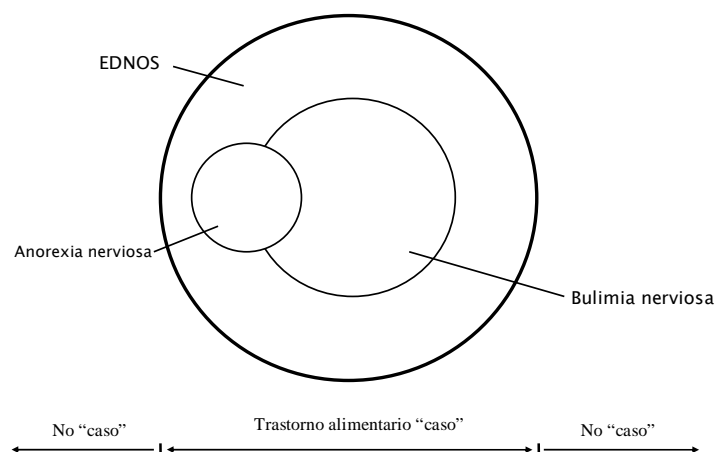


Figura 1. Representación esquemática de la relación entre el diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado (EDNOS). (Fairburn y Wilson, 1993).

Hay varios estudios que han investigado cuanta población se diagnostica con trastorno no especificado dentro de los trastornos alimentarios y el rango oscila entre el 20 % y el 60 % (Fairburn y Walsh, 2002). En cuanto a la etiología, de nuevo hay que aclarar que la mayor parte de los estudios se han centrado en los dos trastornos “típicos”, sin embargo, se ha observado una mayor tendencia a presentar un trastorno no especificado entre aquellos familiares femeninos de pacientes diagnosticados de anorexia o bulimia nerviosa (Fairburn y Walsh, 2002). Las quejas sobre el peso también se han visto como un predictor significativo para sufrir un síndrome parcial, y lo mismo ocurre con hecho de hacer dieta y los problemas psiquiátricos (Fairburn y Walsh, 2002).

A grandes rasgos, los trastornos alimentarios no especificados podemos dividirlos en dos categorías: los síndromes parciales y los atípicos (Perpiñá, 2000). Con síndrome parcial se hace referencia a los cuadros de anorexia o bulimia nerviosa que no cumplen todos los criterios esenciales para su diagnóstico. Con atípicos se refiere a aquellos trastornos que presentan un cuadro cualitativamente distinto. Vamos a verlos con más detalle.

1.3.1. Síndrome parcial.

Como ya hemos dicho, consideramos *síndrome parcial* a todos aquellos trastornos que ajustándose a la definición de trastorno alimentario, no cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico de bulimia o anorexia nerviosa, o bien aquellos que cumpliéndolos no alcanzan la gravedad necesaria para poder considerarse anorexia o bulimia nerviosa (Fairburn y Walsh, 1995). Estas formas son expresiones subclínicas de los trastornos alimentarios pero no por ello dejan de causar malestar a la persona ni de tener consecuencias importantes, pueden considerarse como casos potenciales, que pueden estar en sus inicios y en los que conviene intervenir cuanto antes (Perpiñá, 1995), o como casos residuales en los que es importante un seguimiento.

Algunos ejemplos citados en el DSM-IV-TR son:

- Pueden estar presentes todos los síntomas que se requieren para diagnosticar una anorexia nerviosa, a excepción de la amenorrea.
- Se cumplen los criterios de anorexia nerviosa pero presenta un rango normal de peso.
- En la bulimia nerviosa, podría ocurrir que las sobreingestas no tuviesen la frecuencia que se precisa (dos veces por semana durante tres meses) para ser consideradas atracones.
- Presencia regular de conductas compensatorias inapropiadas después de comer poca cantidad de comida en personas con un peso normal.

1.3.2. Atípicos.

Con este término se hace referencia a aquellos trastornos que presentan, en general, un cuadro cualitativamente distinto. Por ejemplo, en este apartado nos encontramos con episodios de masticar y escupir sin tragar. Dentro de estos, destaca la rumiación, que se ha visto más frecuentemente en personas con una historia de bulimia nerviosa (Fairburn y Cooper, 1994); en este caso, en lugar de vomitar y en lo que parece un intento por controlar la autoinducción de éste, la persona regurgita la comida en su boca, la remastica y se la vuelve a tragar, pudiéndose repetir esta regurgitación varias veces antes de tragársela definitivamente (Perpiñá, 1995). Otro de estos episodios se

conoce con el nombre de catadura (*tasting*), este consiste en masticar y escupir el alimento sin llegar a tragárselo, y puede ser habitual también en personas con bulimia (Fairburn y Cooper, 1994). También nos encontramos entre los atípicos con conductas que podríamos llamar “especiales” para controlar el peso, este tipo de conductas representan un falso tipo restrictivo, y normalmente su presencia añade psicopatología a los cuadros (Perpiñá, 2000).

Pero sin duda, el síndrome que mayor atención está cobrando dentro de los atípicos sería el trastorno por atracón. Básicamente este trastorno se caracteriza porque el individuo, aún y cuando sufre recurrentemente atracones de comida, no utiliza ningún tipo de conducta compensatoria destinada a paliar la sobreingesta y la consecuente ganancia de peso. Actualmente este trastorno está propuesto en uno de los apéndices del DSM-IV-TR dentro del apartado criterios y ejes dispuestos para estudios posteriores. Dado que este trastorno atípico y sobre todo su definición esencial, “el atracón” es objeto de esta tesis, le dedicamos íntegramente el siguiente punto.

1.4. EDNOS atípico: El Trastorno por atracón.

En el DSM-IV-TR (APA, 2002), el trastorno por atracón aparece propuesto en uno de los apéndices, dentro del apartado criterios y ejes dispuestos para estudios posteriores. Allí se define como *“episodios recurrentes de atracones en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nerviosa”*.

Por lo tanto, el trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes asociados a la falta de control sobre la ingesta. Estos episodios producen un malestar clínicamente significativo y no van seguidos de conductas compensatorias, para evitar aumentar de peso como el vómito autoinducido, el ayuno, el ejercicio físico excesivo, el uso de laxantes, etc.

Según el DSM-IV-TR, las características definitorias del atracón son exactamente las mismas que se presentan en la bulimia, esto es: ingesta en un período relativamente corto de tiempo de una gran cantidad de alimento y la sensación de pérdida de control. Para valorar la falta de control alimentario, éste se suele asociar a características como: el hecho de comer muy rápido, comer hasta no poder más de lo lleno que se está, comer grandes cantidades de alimento sin que se tenga hambre y sentirse mal, disgustado, triste y/o culpable tras estos episodios. Por supuesto es imprescindible que estos atracones produzcan un malestar clínicamente significativo, esto es, que esté presente la insatisfacción durante y después de cada episodio, y la preocupación posterior sobre el efecto que los atracones pueden ejercer en el peso y en la imagen corporal (APA, 2002). En el cuadro 3 se presentan con detalles los criterios diagnósticos del Trastorno por atracón según el DSM-IV-TR.

Cuadro 3: Criterios para el diagnóstico del Trastorno por atracón según el DSM-IV-TR.

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por ambas de las siguientes características:
- (1) comer en un discreto período de tiempo (aproximadamente 2 horas), una cantidad de comida definitivamente mayor de lo que la mayoría de gente podría comer en un período de tiempo similar y en circunstancias similares.
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p.e. sentir que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) ingesta mucho más rápida de lo normal
 - (2) comer hasta estar desagradablemente lleno
 - (3) ingerir grandes cantidades de comida aunque no se tenga hambre
 - (4) comer a solas para ocultar la voracidad
 - (5) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o culpa después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar los atracones.
- D. Los atracones ocurren, como media, al menos dos días a la semana, durante seis meses.
- Nota: el método para determinar la frecuencia es diferente del que se usa para diagnosticar la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en los que hay atracones o en la cuantificación de su número.*
- E. El atracón no se asocia a conductas compensatorias incorrectas y no aparecen exclusivamente durante una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Al consultar los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR nos encontramos ya con dos aspectos que aún no parecen estar totalmente aclarados: el número de atracones necesarios para el diagnóstico y la frecuencia permitida de las compensaciones de dichos atracones. Por lo que se refiere a la frecuencia de los atracones, el DSM-IV-TR establece que como media debe ser de, al menos, dos días por semana durante un periodo mínimo de seis meses. Sin embargo, ya que la duración del atracón puede variar bastante y algunas personas recuerdan mejor haber tenido un atracón en un día y un momento concreto, es recomendable orientar la entrevista en cuanto al número de días en que se dan estos episodios, más que al número de episodios en sí, tal y como realiza para diagnosticar la bulimia nerviosa (APA, 2002). Por otro lado, respecto a la frecuencia de las compensaciones, es indispensable para el diagnóstico que este tipo de conductas no se den asociadas a un cuadro de anorexia nerviosa o de bulimia nerviosa, y que si se aparece alguna estrategia para compensar el aumento de peso (como dieta, purgas o ejercicio) no sea una *práctica habitual* para contrarrestar el aumento de peso. Pero de nuevo nos encontramos con un nuevo escollo que cabe investigar, y es que todavía no hay un acuerdo para establecer el baremo del concepto *habitual*. Algunas investigaciones lo vienen definiendo como dos episodios por semana (como para la bulimia nerviosa); por lo tanto las personas que practiquen estas conductas menos de dos veces por semana deben ser diagnosticadas como trastorno por atracón. Otras investigaciones excluyen a las personas que han utilizado al menos una vez estas estrategias (APA, 2002). Nuevas investigaciones son necesarias para aclarar si existen diferencias en este aspecto.

En cuanto a la epidemiología, según el DSM-IV-TR (APA, 2002), en muestras obtenidas en clínicas de adelgazamiento, la prevalencia global oscila entre el 15 y el 50 % (con una media del 30 %), mientras que en muestras de personas no ingresadas la prevalencia encontrada es del 0,7-4 %. Otros estudios hablan de una prevalencia entre el 2-3 % en la población adulta y de un 8 % en las personas con obesidad (Grilo, 2002). En España se ha llevado a cabo un estudio con pacientes que acudían a hospitales generales y la prevalencia fue de 5,3 %. (Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke y Spitzer 2001). Por lo que se refiere a las diferencias entre sexos, se ha visto que el trastorno es

1,5 veces más frecuente en mujeres que en varones (APA, 2002), aunque es importante tener en cuenta que esto no significa que sea poco frecuente en hombres (Grilo, 2002). Es el trastorno alimentario no especificado que se diagnostica la mayoría de las veces y suele darse en la población de más edad (Fairburn y Walsh, 2002).

En cuanto a la edad a la edad de inicio del trastorno, típicamente se encuentra al final de la adolescencia o al principio de la década de los treinta. Este inicio, además, suele estar asociado a una pérdida de peso importante tras una dieta (APA, 2002). Grilo (2002), afirma que la mayor parte de pacientes con trastorno por atracón están entre los 30 y los 50 años. El curso, sobretodo en pacientes que piden tratamiento, tiende a ser crónico (APA, 2002). Una historia previa de anorexia es rara, pero es mucho más frecuente una historia previa de bulimia.

Si se comparan individuos de igual peso que presentan el trastorno por atracón con aquellos que no lo presentan, los datos muestran que los primeros presentan grados mayores de insatisfacción con uno mismo, así como un mayor descontento con su imagen propia, más síntomas depresivos y de ansiedad, mayor preocupación por el cuerpo, una sensibilidad mayor ante los demás, más problemas de abuso de alcohol y mayores problemas médicos (Bulik et al., 2002).

El trastorno depresivo mayor también suele acompañar al diagnóstico de trastorno por atracón, entre un 50 y un 60 % de las veces. Los problemas de ansiedad y los de abuso de alcohol también son bastante frecuentes en estos pacientes (Grilo, 2002). Sin embargo no está del todo claro si existe una diferencia significativa entre la prevalencia de los trastornos de abuso de sustancias en general y las personas con y sin trastorno por atracón (Markus et al., 1990).

Otro trastorno comórbido frecuente con el trastorno por atracón es la presentación clínica o subclínica de algún trastorno de la personalidad, sobre todo el trastorno límite (Sansone et al., 2000), el trastorno por evitación y el trastorno histriónico (Yanovsky et al.,

1993). Por otra parte, y en relación a rasgos y trastornos de personalidad, algunas investigaciones han sugerido varias similitudes entre personas con cleptomanía, compra compulsiva y trastorno por atracón (McElroy, Keck y Phillips, 1993); así es que puede que existan algunos rasgos comunes entre todos estos problemas de falta de control de los impulsos que deberían ser objeto de estudio.

Ahora bien, uno de los análisis más interesantes de la comorbilidad de este trastorno es el que mantiene no con un trastorno mental, sino con una condición física patológica, la obesidad. Las personas con trastorno por atracón suelen presentar distintos grados de obesidad, y tienden a haber pasado por numerosas dietas y estar desesperados por no controlar su ingesta. En muestras recabadas en clínicas de adelgazamiento estas personas suelen presentar un grado mayor de obesidad, así como una mayor fluctuación de peso a lo largo de su vida. Sin embargo, algunas personas afectadas pero no ingresadas tienden a presentar sobrepeso, pero no siempre es así (APA, 2002).

Dentro del grupo de personas con atracones, se han diferenciado, por un lado, aquellos que tienen una larga historia de obesidad y de dietas antes de que aparezca el problema del atracón (grupo “dieta primero”), y por otro con un grupo de personas con un largo historial de atracones previo a la instauración de dietas (grupo “atracones primero”) (Wilson, Nonas y Rosenblum, 1993). Algunos estudios encuentran que los atracones aparecen antes que las dietas en aproximadamente el 35-55 % de los pacientes con trastorno por atracón (Grilo y Masheb, 2000). Estas personas normalmente tienen unos hábitos alimentarios caóticos que les producen sobrepeso (Mitchell y Mussell, 1995), de ahí que una de las características definitorias de este grupo sea su IMC significativamente más elevado. Con todo ello es importante anotar que aún no está claro si son los atracones lo que producen la obesidad, o es la obesidad la que produce que aparezcan las dietas y los consecuentes atracones, de hecho, la única forma fiable de conocer la relación causa-efecto entre obesidad e ingestas impulsivas es analizar la historia de la persona para ver lo que apareció antes (Fairburn, 1998). No obstante, lo que parece claro es que una vez se inician los atracones, contribuyen directamente al mantenimiento o

empeoramiento de la obesidad, ya que pone en marcha la conexión: obesidad–dieta–atracción–obesidad (Fairburn, 1998).

Por otra parte, otra característica del grupo “atracción primero” es que suelen ser más jóvenes, concretamente suele comenzar alrededor de la pre–adolescencia o etapa prepuberal, mientras que el grupo “dieta–primero” suele empezar en la primera juventud (Abbott et al., 1998; Spurrel et al., 1997). Por tanto, estos datos sugieren que un sobrepeso temprano es también un factor de riesgo para sufrir un futuro problema de atracción (Reas y Grilo, 2007) que, además suele asociarse a niveles de psicopatología mayor. En esta misma línea también se ha mostrado que este subgrupo de personas en los que los atracones suceden antes que las dietas ha padecido una mayor frecuencia de burlas en relación con su peso y figura corporal, mayor número de acontecimientos estresantes, ha recibido más diagnósticos psiquiátricos a lo largo de su vida, tiene mayor probabilidad de presentar trastornos por abuso de sustancias y de padecer trastornos de personalidad (Spurrel et al., 1997; Grilo y Masheb 2000). No obstante los estudios no han hallado diferencias significativas en cuanto al IMC máximo a lo largo de la vida o alteración de la conducta alimentaria. Se ha sugerido que el subtipo de “atracción–primero” podría ser una variante más grave del trastorno por atracción (de Zwaan 2005), que además predice unos resultados más pobres de los tratamientos psicológicos.

El trastorno por atracción hay que diferenciarlo de los otros dos grandes trastornos alimentarios: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Por lo que respecta a la anorexia, la diferenciación es bastante clara por la pérdida de peso significativa que debe darse para poder hacer este diagnóstico. Sin embargo, en lo que se refiere a la bulimia, es conveniente matizar algunos aspectos. Aunque en ambos trastornos presentan el rasgo común de los atracones, la principal diferencia entre ellos es que en el trastorno por atracción no son frecuentes las conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso, cosa que no ocurre en la bulimia nerviosa. Pese a que hay estudios y autores que han comprobado que en el trastorno por atracción existen actitudes disfuncionales respecto a la comida, el peso, y la forma corporales (en comparación con las personas sin trastorno

por atracón) y muy similares a los valores que alcanzan los pacientes con bulimia nerviosa (Masheb y Grilo, 2000), hay otros que indican que las preocupaciones con la imagen corporal están más relacionadas con la propia patología alimentaria y el malestar anímico que con el cuadro en sí (Hrabosky, Masheb, White y Grilo, 2007). Aunque estos matices quedan por resolverse a través de más investigaciones, parece que una de las diferencias entre el trastorno por atracón y los otros dos trastornos alimentarios se basa en la importancia y centralidad de las alteraciones de la imagen corporal. Para las personas con bulimia y anorexia nerviosa el cuerpo y la figura son la clave de la autodefinición y de la propia identidad y, por ello, están dispuestas a pagar un precio muy alto para conseguir esa figura perfecta que les haga sentirse válidas. En las personas con trastorno por atracón, por supuesto que existe la insatisfacción corporal, de hecho esto es casi algo normativo que aparece incluso en la población general (Rodin, Silberstein y Striegel-Moore, 1985), pero rara vez incurrir en conductas compensatorias tan graves y radicales con el fin de mitigar el efecto que los atracones pueden producir en su cuerpo, ya que, parece que para ellas la figura y el peso no son la clave de la totalidad de su identidad como persona.

Con respecto a la obesidad, hay que indicar que existen diferencias entre los obesos con y sin trastorno por atracón, entre las que se incluyen (con respecto a los pacientes obesos con trastorno por atracón): la edad de inicio de la obesidad (anterior); el número de veces informadas sobre ponerse a dieta (más); la fluctuación en el peso (mayor y más veces); y la psicopatología (más y con más gravedad).

Por último con respecto a etiología y modelos explicativos, son varios los estudios que señalan la aparición del atracón como una forma de compensar episodios de restricción y dieta (Amigo, 2002). Esto se ha visto tanto en jóvenes objetores de la Segunda Guerra Mundial sometidos a ayuno dentro de un laboratorio (Keys et al., 1950) como en supervivientes de los campos de concentración nazis (Favaro et al. 2000) y en mujeres que se someten a sí mismas a dietas restrictivas (French et al, 1999). Por todo ello se ha postulado que la *teoría de la restricción alimentaria* de Herman y Polivy de

1984, clarifica bastante la aparición del trastorno por atracón (Amigo, 2002) y que se comentará con algo más de detalle en un apartado posterior.

No obstante, en cuanto cuadro clínico, los datos epidemiológicos indican que en la mitad de los casos de trastorno por atracón el inicio no se relaciona con una dieta previa, dato que contrasta claramente con los inicios de la bulimia nerviosa (que, como hemos anotado, muy frecuentemente está desencadenada por una historia de restricción); esto nos sugiere que el atracón, en el trastorno por atracón, puede estar precipitado con más frecuencia por experiencias afectivas adversas (Mitchel, Devlin, de Zwaan, Crow y Peterson, 2008).

Finalmente, Tobin et al. (1991) afirman que el atracón es un trastorno heterogéneo determinado por factores psicológicos, biológicos, familiares y socioculturales que interactúan. Así, factores como la historia familiar y la biología se combinan formando una red que puede fomentar la baja autoestima, la baja autoeficacia y la inestabilidad emocional. Todo ello añadido al culto general a la delgadez y la autoimposición de dietas aumenta enormemente el riesgo para que aparezcan los atracones; éstos, a su vez, generan una preocupación mayor por ganar peso y es entonces cuando se corre el riesgo de que aparezcan las purgas. Todo ello tiene como consecuencia enormes efectos negativos sobre la autoeficacia y la autoestima, así como sobre el estado de ánimo, lo que conlleva insistir en la restricción. El resultado es una patología cíclica con múltiples entradas, es decir, un modelo multidimensional del atracón (Polivy y Herman, 1993).

2. EL CONCEPTO DE ATRACÓN.

Hoy en día, el término atracón es utilizado de forma habitual para hacer referencia a distintos comportamientos asociados al comer, de ahí que no estén del todo claros los límites del concepto y reine confusión al respecto; esta situación obliga a los investigadores a clarificar el concepto de atracón.

Queremos dejar claro que cuando hablamos de “atracción” estamos haciendo referencia a un término técnico que se utiliza en la literatura clínica y en la investigación de los trastornos alimentarios, y se refiere a una forma particular de sobreingesta que va acompañada de una pérdida de control significativa (Fairburn y Wilson, 1993). En este apartado vamos a hablar del término en todos sus aspectos para aclarar esta situación confusa y dar una definición completa y correcta.

2.1. Historia y evolución del concepto.

El término atracón es de origen relativamente reciente, pero surge, sobretudo, del viejo debate sobre el diagnóstico de la bulimia (Stunkard, 1993). Como antes se ha comentado, “bulimia” deriva de dos palabras griegas, concretamente, “*bous*” (buey) y “*limos*” (hambre) (Cooper, 2003), y desde siempre ha hecho referencia a una serie de episodios de sobreingesta que no se asocian directamente con el hambre natural (Stunkard, 1993). La evolución del concepto de bulimia, como ya apuntábamos en apartados anteriores, ha sido complicada, sobretudo a la hora de ponerse de acuerdo sobre las características definitorias; algunos autores hacían un mayor hincapié en los atracones, otros en la falta de energía que acompañaba al trastorno, otros al hecho de ir acompañado de vómitos. Incluso en este proceso autores como Motherby (1785) llegó a proponer que se podían diferenciar tres tipos de bulimia: la que podríamos llamar *pura* que se asociaba a esa hambre desmesurada de la que hemos hablado, la asociada a desvanecimientos o desmayos y la que conduce al vómito (Stunkard, 1993). Por supuesto

esta distinción no fue más allá y al final llegó a conceptualizarse el trastorno tal y como lo conocemos hoy en día y hemos explicado en un apartado anterior.

Retomando el primer subtipo propuesto por Motherby, el de la *bulimia pura asociada a un hambre desmesurada*, podemos acercarnos más a ese concepto de hambre y, como no, al de atracón. Numerosas investigaciones posteriores acerca de los mecanismos del hambre han puesto de manifiesto que esta sobreingesta no hay que entenderla como hambre en sí, sino más bien como un fallo en los mecanismos de la saciedad o una falta de ésta (Stunkard, 1993).

Uno de los primeros fallos en los mecanismos de la saciedad que fue observado fue llamado el “Síndrome de comer nocturno” (Stunkard Grace y Wolf, 1955), que se caracteriza por: anorexia por la mañana, hiperfagia nocturna, e insomnio, en definitiva una incapacidad de parar de comer si la comida está disponible. En un primer momento, Stunkard observó este síndrome en pacientes obesos, estas personas eran incapaces de dormir a menos que calmaran su ansia de comer. Williamson et al. (1992) observaron que estos episodios a veces son narrados como si el paciente estuviera en un sueño.

En 1959, Stunkard relató el caso de *Hyman Cohen*; un hombre obeso de 37 años de edad, sin otros síntomas psicológicos aparentes, que tenía problemas con su peso ya que perdía el control sobre su ingesta. Para esta persona, comer se había convertido en una perturbadora preocupación que iba acompañada de una gran sensación de culpa. Del estudio de este caso, surgió el término de “atracción” (*Binge-Eating*) por su parecido al impulso que aparece en el síndrome alcohólico. Desde entonces mucho se ha hablado de este término, pero el estudio del caso de *Hyman Cohen* fue muy importante porque aunque ocasionalmente se provocaba el vómito, a diferencia de lo que ocurre en la bulimia nerviosa, no buscaba prevenir ganar peso; su objetivo era el alivio abdominal (Stunkard, 1993), lo cual ya indicaba que estábamos ante un síndrome de características cualitativamente distintas en el que también aparece el fenómeno del atracón.

Por lo tanto, dos son los síndromes que en un primer momento se asocian al concepto de atracón: el síndrome de atracón y el síndrome de bulimia nerviosa. El síndrome de atracón (Wermuth, Davis, Hollister y Stunkard, 1977) se define por una ingesta impulsiva, descontrolada y rápida de grandes cantidades de comida en un periodo relativamente breve de tiempo. La finalización del episodio sólo se da cuando se alcanza un punto de incomodidad física (dolor abdominal, náuseas, etc.). Llegado este punto pueden producirse vómitos, pero no se requieren para el diagnóstico. Tras el episodio aparecen sentimientos muy fuertes de culpa, remordimiento y autodesprecio. Por lo que respecta al síndrome de bulimia nerviosa (Russell, 1979), en un primer momento se habla de él como una complicación del síndrome de anorexia nerviosa. Las características definitorias de este síndrome es una poderosa urgencia por comer que hace que se dé una sobreingesta, que va acompañada de vómitos, purgas (o ambos) con la finalidad de evitar el aumento de peso, ya que, al igual que en la anorexia nerviosa, existe un miedo mórbido a engordar.

A lo largo del tiempo muchas investigaciones han estudiado las características del atracón, todas estas pueden agruparse en los estudios de los criterios del DSM-IV-TR (preocupación por la cantidad de comida ingerida, la frecuencia de estos episodios y la falta de control) y sus rasgos asociados (duración de los episodios, velocidad de ingesta, contenido y contexto del atracón). A continuación entramos en detalle en las características que definen el concepto de atracón y qué lagunas quedan pendientes.

2.2. Características definitorias del atracón.

A. La cantidad de comida.

Una de las principales características definitorias del atracón es el consumo de una gran cantidad de comida. Precisamente este es uno de los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-IV-TR: *una cantidad de comida definitivamente mayor de lo que la mayoría de gente podría comer en un período de tiempo similar y en circunstancias similares* (APA, 2002). Esta definición de “gran cantidad” fue adaptada del EDE (*Eating Disorder Examination*; Cooper y Fairburn, 1987) que hacía hincapié en la importancia de

cuándo, dónde y con quién tiene lugar la comida para valorar si la cantidad era o no ajustada (Fairburn y Wilson, 1993).

Este requisito de que un atracón implica ingerir gran cantidad de comida es consistente con los hallazgos de estudios de laboratorio. Así, según Guertin (1999) la media de calorías ingeridas en un episodio típico de pacientes con bulimia nerviosa es de 3.798, mientras que la media de calorías ingeridas en una comida que puede considerarse normal oscila entre 464,8 y 473,7 (Cooper, 2003). Incluso, dando instrucciones para provocar un atracón en muestras de controles (“*déjate llevar y come tanto como puedas*”), estas personas comen mucho menos que las pacientes bulímicas (Walsh et al., 1989), mientras que no hay diferencia entre estos dos grupos cuando se les pide que coman como lo harían en una “comida normal” (Cooper, 2003).

Sin embargo, algunos grupos de investigadores abogan por que la cantidad de comida ingerida no es la característica clave que define un atracón y/o la gravedad o malestar que éste le produce a la persona. Así, por ejemplo, autores como Rosen, Leitenberg, Fisher y Khazan (1986) encontraron que algunas pacientes que no consumían una gran cantidad de comida pero sí cumplían los otros criterios diagnósticos de bulimia nerviosa y presentaban gran malestar y ansiedad asociados a estos episodios.

B. Pérdida de control.

Otra característica definitoria del atracón es la pérdida de control asociada a estos episodios. De nuevo, este es uno de los criterios diagnósticos que el DSM-IV-TR exige para poder hablar de un atracón. Sin embargo, la sensación que se pierde el control de la ingesta no sólo es un rasgo presente en los atracones clínicos, sino que también se encuentra en atracones no clínicos (Fairburn y Wilson, 1993).

En todo este maremágnum de conceptos teóricos, no siempre fáciles de ajustar a lo que es la realidad clínica, el EDE (*Eating Disorder Examination*; Cooper y Fairburn, 1987)

nos proporciona un sistema de clasificación de los episodios de sobreingesta en el que diferencia los *atracones objetivos* de los *subjetivos* (Fairburn y Wilson, 1993) que puede ser muy útil. Aunque ya hemos dicho que para el DSM uno de los criterios diagnósticos básicos definitorios del atracón es la ingestión de una gran cantidad de comida, en la realidad clínica nos encontramos con personas que comiendo una cantidad que puede considerarse normal (o incluso por debajo de lo normal), refieren un gran malestar porque sienten que pierden el control de su ingesta, de ahí la propuesta de algunos autores de estudiar la posibilidad de diferenciar dos tipos de atracones en los sistemas de clasificación oficial (Fairburn y Wilson, 1993). La tabla 1 nos muestra esta distinción.

Tabla 1: Esquema clasificatorio de los episodios de sobreingesta del EDE (*Eating Disorder Examination*; Cooper y Fairburn, 1987).

	<i>GRAN CANTIDAD INGERIDA</i>	<i>GC. SEGÚN EL PACIENTE</i>
<i>PÉRDIDA DE CONTROL</i>	Atracón objetivo	Atracón subjetivo
<i>NO PÉRDIDA DE CONTROL</i>	Comer en exceso objetivo	Comer en exceso subjetivo

Un análisis sistemático más general de lo que las personas con atracones describen como definitorio de su experiencia, y lo que más suele preocupar, es la pérdida de control sobre la ingesta, más que la cantidad de comida ingerida (Fairburn y Wilson, 1993).

C. Límites temporales.

También se ha hablado de los límites temporales como una característica definitoria de lo que es un atracón. Por lo que respecta a la duración de los atracones el DSM-IV-TR habla de “un discreto período de tiempo, de aproximadamente dos horas” (APA, 2002). En pacientes con bulimia nerviosa se ha visto que la duración de los atracones oscila entre 30 minutos y una hora (Guertin, 1999). En un estudio con controles que presentan atracones (Walsh et al., 1989) se encontró que los atracones de estas personas y los de los pacientes eran de una duración bastante similar y que en ambos grupo, estos episodios eran significativamente más largos que sus comidas “normales” (Cooper, 2003).

D. La velocidad de la ingesta,

Por lo que respecta a la velocidad de la ingesta, los pacientes describen que durante sus episodios de sobreingesta comen a una velocidad muy superior a la normal (Cooper, 2003). En este sentido sí se han encontrado diferencia entre los pacientes y los controles, ingiriendo los pacientes incluso mucho más rápido que los controles (Jansen et al., 1990), mientras que ambos grupos comen a una velocidad similar en condiciones normales (LaChaussee et al., 1992).

E. Frecuencia de los atracones.

En cuanto a la frecuencia de los atracones, el DSM-IV-TR estipula que los atracones deben ocurrir al menos dos veces a la semana durante tres meses (APA, 2002). Sin embargo, estudios con muestras clínicas informan de que la frecuencia de estos episodios en pacientes es mayor, y que aumenta conforme los síntomas son más graves (Cooper, 2003).

Aún así, en la realidad nos encontramos con que muchas personas que presentan atracones pero no llegan a tener la frecuencia que exige el DSM para hacer el diagnóstico, también informan de sufrir un gran malestar y afectación en su vida diaria, de ahí que algunos autores discutan la idoneidad de este criterio ya que deja fuera a muchas personas afectadas. La alta frecuencia de episodios que se exige para el diagnóstico del atracón probablemente es consecuencia de que la mayor parte de investigaciones que se han llevado a cabo han conseguido sus muestras de centros clínicos, a los que acuden mayormente pacientes con los síntomas más graves (Cooper, 2003). Todo esto nos indica que es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones para aclarar esta situación.

2.3. Análisis funcional del atracón.

Dentro de la gran complejidad de los episodios de atracón, varios son los autores que hablan de la necesidad de que aparezcan unos requisitos para que se desencadene toda la secuencia del atracón. Así, según el criterio de Polivy y Herman (1993) para que el atracón llegue a ocurrir es necesario que aparezcan una serie de *factores de riesgo o predisponentes*, dentro de los cuales se incluirán factores socioculturales, variables de personalidad y patrones de comportamiento. Una vez se cumplen estos primeros requisitos, se precisarán unos *mecanismos desencadenantes* lo suficientemente potentes para que dé lugar a los atracones. Además, los autores proponen también como parte importante del proceso los *factores inhibidores o de finalización* y finalmente las *consecuencias* y los *mantenedores* que se encarguen de perpetuar estos patrones de conducta. Vamos a verlo con detalle.

2.3.1. Factores de riesgo o predisponentes.

Mucho se ha escrito sobre la influencia que los ideales de belleza de nuestra sociedad occidental actual pueden tener en el descontento general de las personas con su cuerpo. Esta exaltación de la delgadez provoca en muchas mujeres, especialmente en las más jóvenes, una profunda insatisfacción con su imagen corporal y un deseo de ser delgadas que puede conducir a una restricción de la ingesta o a un aumento intencionado del gasto calórico que conlleva una mayor vulnerabilidad a sufrir atracones (Stice y Agras, 1998; Fairburn et al., 1998).

La combinación de estas variables socio-culturales, con otras de carácter individual, adquiere una gran relevancia como predictor fiable de posteriores alteraciones alimentarias cuando se une a otros factores de riesgo tales como la baja autoestima (Wood, Waller y Gowers, 1994). Varios son los estudios que hablan de una autoevaluación negativa o de la baja autoestima como factores directamente relacionados con el deseo de adelgazar, la posterior dieta y la consecuente posibilidad de sobreingesta (Wood, Waller y Gowers, 1994).

Otro conjunto de variables individuales que también se han visto relacionados con la vulnerabilidad a presentar atracones son los estados disfóricos y la inestabilidad emocional que, en muchos casos, están relacionados directamente con las restricciones en la dieta y los sentimientos negativos hacia el propio cuerpo (Polivy y Herman, 1993; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies y O'Connor, 1998). Los estilos de pensamiento dicotómicos, también son frecuentes entre las personas con atracones, y son muchas las investigaciones que proponen que ver las cosas o blancas o negras es un factor de riesgo clave para que aparezcan estos episodios (Orleans y Barnett, 1984; Garner y Bemis, 1985; Johnson y Connors, 1987; Johnson et al., 1987, Mizes, 1988; Lingswiler et al., 1989^a; Zotter y Crowther, 1991).

2.3.2 Mecanismos desencadenantes.

Las condiciones previas antes descritas no suelen ser suficientes, por si solas, a la hora de que se den los atracones; suelen ser necesarios, también otros mecanismos desencadenantes específicos que, a modo de detonante, pongan en funcionamiento todo el proceso. Si tuviéramos que destacar un mecanismo desencadenante considerado crucial por la mayoría de los autores, este sería el estrés o el malestar psicológico (Heatherton y Baumeister, 1991; Polivy y Herman, 1993; Howard y Porzelius, 1999). Dicho desencadenante es importante porque parece que se encuentra directamente implicado en la pérdida de control sobre la ingesta, ya que es el malestar psicológico el que hace que las personas sean más vulnerables y respondan más ante estímulos asociados con la comida (Herman, Polivy y Heatherton, 1991). Parece que los atracones son utilizados, muchas veces, como un sistema de regulación afectiva, ya que en situaciones en las que la persona se siente ansiosa fácilmente utilizará los atracones para aliviar su sensación de malestar y relajarse, esto ocurre especialmente si ha estado restringiendo alimentos durante algún tiempo (Polivy y Herman, 1993).

Mientras que las emociones pertenecen a la clasificación clásica de “estímulos internos”, otro gran conjunto de desencadenantes son los “estímulos externos”, como la

presencia de comida deseable o prohibida (Johnson et al., 1987). Dicho tipo de comida, junto con mecanismos tales como el malestar psicológico o la restricción previa aumenta enormemente la probabilidad de que aparezcan los atracones. Además, también se ha comprobado que determinadas sustancias (como el alcohol y otras sustancias tóxicas) actúan como desinhibidores y desencadenantes de los atracones, ya que merman la capacidad de la persona para mantener el control sobre las metas a largo plazo en la medida en que reducen la capacidad cognitiva (Josephs y Steele, 1990).

Algunos autores plantean aspectos como el aislamiento social, y el estado negativo que éste genera, como desencadenante de los atracones (Davis, Freeman y Garner, 1988; Heatherton y Baumeister, 1991; Cools, Scholte y McNally, 1992; Polivy y Herman, 1993). Al sentirse solo aumenta el nivel de consciencia sobre las sensaciones de malestar, y si aparece algún predisponerte más (especialmente la presencia de comida prohibida o apetecible) tratará de escapar de estas sensaciones, por ejemplo dejándose llevar por su impulso de comer.

En conclusión podemos decir que aquellos factores desencadenantes de los atracones pueden reducirse a los factores que aumentan el malestar psicológico de la persona y, por tanto, los deseos de escapar de estas sensaciones que no saben controlar de otra manera.

2.3.3. Factores inhibidores o de finalización.

Las razones que habitualmente dan las personas que se atracan para finalizar estos episodios suelen ser el dolor de estómago, la sensación de plenitud, las nauseas provocadas por el exceso o incluso el vómito espontáneo. Es por ello que en la mayoría de las ocasiones, será una decisión subjetiva lo que ponga fin al episodio (Polivy y Herman, 1993).

Otros factores que, con frecuencia, inhiben la sobreingesta son: la aparición de alguna persona –aunque esto puede considerarse más una interrupción que una finalización–(Polivy y Herman, 1993). El acto del atracón es, en casi la totalidad de los casos referidos, un acto privado (Pyle et al., 1981; Abraham y Beumont, 1982; Orleans y Barnett, 1984; Wilson, 1984; Polivy y Herman, 1993). Estudios de laboratorio corroboran que la presencia de otra persona –aunque solo sea el investigador– mientras se está comiendo hace que sea mucho menos probable que aparezca la sobreingesta que si se está solo (Polivy y Herman, 1993).

También se han señalado como factores relacionados con la finalización del atracón el intenso miedo a ganar peso (Schlundt y Johnson, 1990) o el hecho de que se acabe la comida.

2.3.4. Consecuencias y mantenedores del atracón.

Las consecuencias inmediatas de los atracones varían considerablemente de las consecuencias a largo plazo. En general, parece que mientras algunos de los efectos inmediatos son reconfortantes, la mayoría de las consecuencias son aversivas y negativas (Polivy y Herman, 1993). Muchos estudios afirman que los atracones dan como resultado una reducción de los sentimientos negativos y del hambre de forma inmediata (Abraham y Beumont, 1982; Rosen y Leiterberg, 1982; Hawkins y Clement, 1984; Orleans y Barnett, 1984; Wilson, 1984; Kaye et al., 1986; Lingswiler et al., 1989b, Steinberg et al., 1989; Elmore y De Castro, 1990; Schlundt y Johnson, 1990; Polivy y Herman, 1993). Sin embargo, muy pronto desaparecen estos sentimientos de alivio inmediato tras el atracón dando paso a la tristeza, la pena, el disgusto, y los sentimientos de culpa y de depresión (Polivy y Herman, 1993). De hecho, hay estudios que evidencian que es más probable encontrar emociones positivas inmediatamente después del atracón que una hora, o incluso media hora, más tarde (Lingswiler et al., 1989)

Algunos autores han apuntado la oportunidad para purgarse tras el atracón como un factor mantenedor del atracón (Rosen y Leitenberg, 1988). Este dato parece claro al menos en las personas que padecen bulimia nerviosa, que utilizarían el “placer” de la purga como un refuerzo para atracarse y que no lo harían si no vislumbraran esa posibilidad desde el principio del episodio (Rosen y Leitenberg, 1988). De hecho en este círculo se basa tanto el modelo como la terapia cognitivo-comportamental de Fairburn (1995).

A nivel social podemos decir que una consecuencia de los atracones puede ser el aislamiento, ya que se prefiere llevar todo esto en secreto por la terrible sensación de culpa que los acompañan (Polivy y Herman, 1993). A nivel somático, tras el atracón suelen aparecer dolores abdominales y síntomas de fatiga (Mitchell et al., 1985; Lingswiler et al., 1989b; Pyle et al., 1989; Polivy y Herman, 1993), dolores de cabeza y sensación de enfermedad (Lingswiler et al., 1989), así como malestar e incomodidad (Orleans y Barnett, 1984). A nivel cognitivo, pronto los sentimientos de alivio son reemplazados por una autoevaluación negativa, imagen corporal aún más negativa y una enorme sensación de pérdida de control (Schlundt y Johnson, 1990, Polivy y Herman, 1993).

Con todo ello, queda claro que los atracones no son una conducta inocua, sino que produce efectos nocivos y no solo en el plano psicológico, sino que está comprobado que estos episodios pueden dañar el cuerpo de muchas maneras (Fairburn, 1998). Muchos de estos efectos físicos son reversibles, pero en algunos casos llegan a ser crónicos y a empeorar con el paso del tiempo, por lo que no conviene ignorarlos.

2.4. Modelos explicativos del atracón.

Muchos son los modelos que se han propuesto para explicar los atracones. Varios de ellos están relacionados con el hecho de hacer dieta o restringir la ingesta de alimentos, otros justifican los atracones como un sistema para regular estados de ánimo

negativos, pero todos ellos coinciden en que el atracón es un modo de respuesta al malestar que ocasionan las causas que cada autor plantea como clave en su modelo.

La **Teoría de la Restricción Dietética** (Herman y Marck, 1975) arranca de las investigaciones sobre el punto crítico propuestas por Nisbett en el año 1972. En breve, la teoría del punto crítico postula que el organismo que se ve sometido a una menor ingesta se defiende tratando de recuperar el peso, o manteniéndolo a toda costa alrededor de un punto biológicamente establecido (*set point*). Herman y Marck (1975) utilizaron esta teoría para explicar la respuesta ante la dieta de personas cuyo peso es normal, ya que habían encontrado patrones similares a los de los obesos en circunstancias parecidas.

La teoría de la restricción nació, en parte, para explicar por qué las personas obesas tendían a tener más atracones cuando estaban sometidos a una restricción alimentaria. El planteamiento general de esta teoría es que tanto las personas cuyo peso es normal, como los obesos, comerán cantidades mayores de comida cuando, estando a dieta, se vean forzados a romperla, como si necesitaran compensar de alguna manera la privación a la que previamente se han sometido. En este sentido, los límites dietéticos autoimpuestos para reducir el peso serían tan rígidos y artificiales, que originarían un sentimiento de privación (fisiológica y psicológica) que harían que, si ocurre la más mínima transgresión de tales límites, los sentimientos de fracaso conducirán a la persona casi directamente al atracón. Tal y como planteaba Johnson (1987) aparecerá el “efecto de la violación de la abstinencia” también referido en el mundo de las adicciones.

Una persona alta en “restricción” (con otras características tales como baja autoestima, insatisfacción corporal, y el uso de la restricción en la dieta para mejorar todo eso) sería más vulnerable en entrar en esta “espiral”: la restricción produce hambre y frustración, que dañan la sensibilidad ante las señales internas como las de la saciedad. Las personas que restringen su ingesta acaban desarrollando los atracones en un intento de aliviar múltiples tensiones (ansiedad, depresión, el mismo hecho de saltarse la dieta, etc.) Además, la evitación continuada de determinados alimentos lleva al organismo a un estado de falta de energía que puede ir acompañado de una sensación de hambre intensa

y una alta urgencia por comer. Las personas restrictivas tienden a desinhibirse mucho más fácilmente y a comer más cantidad que aquellas personas que no restringen, que tienden más a mantener un consumo regular y equilibrado de alimentos (Amigo, 2002).

Por otro lado, la privación alimentaria vuelve la comida más deseable y aumenta el grado de activación elevando considerablemente la respuesta de la persona ante la comida y todo lo que tiene relación con ella, lo que aumenta enormemente la probabilidad de que aparezcan los atracones. Tras la sobreingesta, la persona volverá a sentir la necesidad de ponerse a dieta, con lo cual se cierra el ciclo_ (Heatherton y Polivy, 1992).

Siendo esta una de las teorías más importantes, no sólo en la explicación de los atracones en particular, sino de los trastornos alimentarios en general, diversos autores han matizado, o añadido otra serie de variables también a considerar. Por ejemplo, Hsu (1990), indica que hacer dieta implica un riesgo para sufrir un trastorno alimentario, pero como no todas las personas que restringen acaban desarrollando un trastorno alimentario deben de existir variables genéticas, psicológicas y biológicas, así como factores de personalidad y familiares que aumentan la vulnerabilidad de la persona a sufrir este tipo de cuadros clínicos. En este sentido, Schlundt y Johnson (1990) evaluaron la contribución de variables biológicas, cognitivas, emocionales y de influencia ambiental en los atracones y formularon su *modelo de funcionamiento biopsicosocial*. Dicho modelo parte de que la consecuencia de una conducta es, en la mayoría de los casos, el antecedente de las siguientes. Así, por lo que se refiere a los atracones, los antecedentes son ambientales (p.ej., situaciones, relaciones sociales), conductuales (p.ej., dietas previas, actividades), cognitivas (p.ej., saber que hay comida, expectativas, imagen corporal), emocionales (p.ej., estado de ánimo, psicopatología) y fisiológicas (p.ej., niveles de nutrientes en sangre, sensación de hambre, niveles hormonales, variables neuroquímicas).

El otro gran modelo explicativo de por qué se producen los patrones de sobreingesta y de ingesta sin hambre, es el *modelo de regulación afectiva* (Waiser y Telch,

1999), si bien, como se expondrá a continuación, también tiene diferentes variantes o matices. En su enunciado original, Waiser y Telch (1999) indican que los atracones son consecuencia directa de una experiencia emocional negativa. Es decir, que la persona utiliza los atracones para regular sus estados emocionales, ya que mientras come no puede pensar en aquello que le ocasiona malestar. Puesto que las emociones implican a todo el sistema de respuesta en todos sus niveles (cognitivo, fisiológico, afectivo y motor) las experiencias negativas pueden tener significados personales negativos que todavía aumenten más el malestar psicológico y empujen a la persona a buscar un sistema rápido de evasión. Durante el atracón, la atención se estrecha y las facultades cognitivas no se centran tanto en la emoción negativa, como en las características de lo que se ingiere, logrando así que se enmascare el malestar emocional.

Muy relacionado con este modelo de regulación afectiva, se encuentra el *modelo de la adicción* (Jonhson y Larson, 1982) que parte de los estudios que demuestran que las personas con atracones (principalmente se ha visto en personas con bulimia nerviosa) tienen un mayor riesgo para desarrollar una conducta adictiva ya que tienden a utilizar agentes externos para modular los estados disfóricos. Este modelo establece que la comida es la sustancia a la que estas personas son adictas en la medida que es lo que utilizan para regular o reducir su tensión, como los alcohólicos hacen con el alcohol (Polivy y Herman, 1993). Wilson (1993), ha revisado en profundidad la aplicación del concepto de adicción a la explicación de los problemas de atracón y, concluye que tanto los adictos como las personas que tienen atracones, en principio, describen de manera similar fenómenos como el impulso de consumir, los sentimientos de falta de control, la preocupación por la sustancia, la negación y el secretismo, el uso de la sustancia o conducta para controlar las emociones, etc.

Algunos autores, sin embargo, defienden que esta teoría es más un modelo de regulación del estado de ánimo que un modelo de adicción, ya que actualmente se asume que todas las adicciones o los problemas de abuso de sustancias son, realmente, un modo poco saludable de intentar regular las emociones (Polivy y Herman, 1993). Por lo

tanto, a pesar de lo dicho, parece que no hay evidencias suficientemente sólidas para considerar que el fenómeno de los atracones se ajuste al modelo de adicción, ya que las similitudes encontradas son sólo superficiales (Polivy y Herman, 1993). A pesar de ello, si que es cierto que este modelo puede ser útil a la hora de sugerir estrategias terapéuticas válidas para el tratamiento que se han visto efectivas en el tratamiento del alcoholismo, como las técnicas de autocontrol, de prevención de recaídas, etc. (Wilson,1993). De hecho, la mayoría de veces no es el consumo de un alimento con muchas calorías lo que produce estos episodios de voracidad, si no más bien la percepción de haber consumido un alimento que formaba parte de la lista de alimentos “prohibidos” (Knight y Boland, 1989). Es lo que se conoce con el nombre de *efecto de violación de la abstinencia*, tan conocido en el mundo de las adicciones; cuando uno toma aquello que se ha repetido que no debe, acaba entrando de nuevo en el círculo del consumo, ya que ese desliz puntual (en un principio) suele ir acompañado de sentimientos intensos de inutilidad al creer que los esfuerzos que ha hecho la persona no han merecido la pena si ha sucumbido a sus deseos esa vez.

Otro de los modelos es el *modelo de escape* (Heatherton y Baumeister, 1991), aunque desde paradigmas distintos se trata de un modelo muy parecido al modelo de la regulación afectiva explicado anteriormente. Según los autores (Heatherton y Baumeister, 1991), las personas con tendencia a los atracones son mucho más sensibles a las demandas reales o percibidas de los otros, teniendo además unas expectativas muy elevadas de sí mismas. Esto hace que tiendan a tener más autopercepciones negativas y, por lo tanto, que aparezca más malestar emocional del que tratarán de evadirse fijando su atención en los estímulos que les rodean, como la comida (Polivy y Herman, 1993). En este círculo vicioso de restricción y sobreingesta el atracón acaba siendo para la persona reforzante y penalizador al mismo tiempo. Por un lado refuerza porque alivia el hambre, la fatiga y la falta de energía, y, además, disminuye la ansiedad y mejora el estado de ánimo de forma puntual. Pero por otro lado penaliza, porque tras el atracón aparecen las sensaciones de culpa por la falta de autocontrol y la preocupación por el peso y la figura. Una vez aquí, empezar otra vez una dieta restrictiva es el único modo que estas personas

encuentran para librarse de la culpa e intentar controlar el peso (Amigo, 2002). En otras palabras, la dieta hace que se rompan los controles fisiológicos de la ingesta, y con ello ese control pasa a ser cognitivo y entonces cobra gran importancia el “sentido de fallar” (Howard y Drug, 1999).

3. ATRACÓN, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD: ASPECTOS CLÍNICOS.

El atracón no se ha asociado únicamente a un trastorno alimentario concreto, sino que se puede encontrar ligado a todas las categorías, incluso aparecen también en la población normal. Por lo tanto, en primer lugar cabe diferenciar los atracones clínicamente significativos, de aquellos que no lo son. Los primeros son aquellos que forman parte de un compendio de síntomas importantes dentro de un trastorno, mientras que los segundos no cumplen los criterios de gravedad establecidos.

A continuación entraremos con más detalle en los atracones clínicamente significativos asociados, principalmente, a los trastornos alimentarios.

3.1. Anorexia nerviosa.

Aunque la anorexia nerviosa se caracteriza principalmente por la restricción, existe un subgrupo de pacientes que presentan síntomas de atracones (Garner, 1993). Berkman (1939) encontró atracones en 2/3 de sus pacientes con anorexia nerviosa en respuesta a la sensación de vacío que les produce la restricción voluntaria. En estudios posteriores se han descrito atracones en, aproximadamente, la mitad de los pacientes con anorexia que buscan tratamiento (Casper et al., 1980; Garfinkel et al., 1980; Hsu et al., 1979). En este sentido recordemos que el DSM-IV-TR (APA, 2002) reconoce dos subtipos de anorexia en función de que se den atracones (y su consecuente purga o estrategia de compensación) o no: el subtipo compulsivo/purgativo, frente al subtipo restrictivo.

Como ya hemos anotado, las investigaciones también afirman que las personas afectadas de anorexia nerviosa subtipo compulsivo/purgativo suelen presentar mayor nivel de psicopatología subyacente que aquellas con subtipo restrictivo. Concretamente se ha encontrado, sobretodo, una mayor probabilidad de historia familiar de sobrepeso, más impulsividad, más problemas sociales, hiperactividad sexual, niveles más altos de

disfunción familiar, más síntomas de depresión y ansiedad, más problemas emocionales y una mayor tendencia a la cronicidad del problema (Garner, 1993).

Se ha debatido si los atracones dentro de la anorexia nerviosa difieren en algunos aspectos de aquellos que aparecen en la bulimia nerviosa y varias han sido las investigaciones en este sentido. Por lo que se refiere a la frecuencia de los atracones parece que es menor en los pacientes con anorexia nerviosa que en aquellos con bulimia nerviosa. Así, Garfinkel et al. (1980) en una muestra de personas diagnosticadas de bulimia nerviosa encontraron que el 37 % presentaba atracones diariamente, el 41 % presentaban entre uno y cinco atracones a la semana, y el 22 % de uno a tres al mes; mientras que en una muestra de pacientes con anorexia nerviosa Casper et al. (1980) encontraron que el 16 % presentaba atracones diariamente, el 27 % informaba de varios episodios a la semana, y el 33 % tenía menos de uno al mes (Garner, 1993).

En lo que respecta a la aparición de los atracones, Abraham y Beumont (1982) en un estudio con pacientes con anorexia nerviosa encontraron que el 85 % informaba de una aparición temprana de los atracones dentro del curso de la enfermedad, frecuentemente la aparición del atracón precede a la de la purga o compensación, y todos los episodios de atracón van seguidos de un incremento de la preocupación por el peso que se manifiesta por la intención de restringir en la dieta (Garner, 1993).

Respecto a la duración de los atracones, cabe recordar que este es un aspecto crítico dentro de la definición de atracón, y lo es todavía más si hablamos de los atracones que ocurren en la anorexia nerviosa. Ya hemos dicho que el criterio del DSM-IV-TR requiere que la sobreingesta ocurra en *un discreto periodo de tiempo (unas 2 horas)*, sin embargo, en la realidad clínica nos encontramos muchos casos en los que es difícil acotar la duración del episodio, sobretodo en aquellas personas que se atracan y vomitan más o menos sin interrupción en un tiempo prolongado, como es bastante frecuente que ocurra en las anoréxicas subtipo compulsivo-purgativo (Garner, 1993).

En cuanto al tamaño de los atracones, el DSM-IV-TR exige que sea *una gran cantidad de comida consumida (mayor de lo consumido normalmente en circunstancias parecidas)*, sin embargo muchas veces es difícil determinar exactamente la cantidad de comida ingerida en los atracones de las personas con anorexia antes de que se produzca el vómito, por lo que nuevas investigaciones son necesarias a este respecto (Garner, 1993). Además, si contamos con el efecto que la violación de la dieta puede producir en una persona con un intenso miedo a engordar, es muy posible que el simple hecho de perder el control (subjetivamente) de la dieta e ingerir un alimento prohibido desencadene todo el proceso y se de las purgas y los vómitos para compensar.

3.2. Bulimia nerviosa.

Tres son los principales criterios que se necesitan para hacer un diagnóstico de bulimia nerviosa: presencia de atracones, la práctica regular de conductas compensatorias para no ganar peso y una influencia extrema del peso y la talla corporal en la autoevaluación personal. Por tanto, la sobre-ingesta y, más concretamente el atracón, es uno de los rasgos más destacable de la bulimia nerviosa (Walsh, 1993); de hecho se exige su presencia para poder hacer este diagnóstico. Sin embargo, los datos demuestran que existe una enorme variabilidad entre los episodios de ingesta de los pacientes con bulimia, por lo que en este apartado intentaremos agrupar algunas conclusiones que se han encontrado.

Distintos estudios han intentado averiguar qué tipo de alimentos suelen asociarse a los atracones bulímicos, y se ha visto que, no tienen tan alto contenido en carbohidratos como los pacientes refieren, sino que suelen contener mayores cantidades de grasas y de proteínas de lo que se pensaba (Walsh, 1993). Rosen et al. (1986) concluyen que la percepción de atracón de los pacientes con bulimia nerviosa suele estar influenciada, más que por la cantidad de calorías ingeridas en sí, por si los alimentos consumidos son considerados “prohibidos”, de ahí que estos episodios se caractericen principalmente por el consumo de tentempiés o aperitivos y dulces (Walsh, 1993).

En cuanto a los hallazgos en estudios de laboratorio, Mitchell y Laine (1985) concluyeron que los atracones estudiados en pacientes con bulimia nerviosa contienen 3500 ± 1338 kcal, con un 52 ± 10 % derivadas de los carbohidratos, un 37 ± 9 % de las grasas, y 11 ± 2 % de las proteínas (Walsh, 1993). Estos mismos tipos de estudios corroboran que las personas con bulimia comen más rápidamente y durante más tiempo cuando tienen un atracón (Walsh, 1993).

Algo muy significativo y de particular interés es que estos pacientes consumen menos cantidad de calorías durante sus comidas “normales” en comparación con los controles, de ahí que se corrobore que la restricción es algo muy habitual en pacientes con bulimia (Rosen et al., 1989), y esto parece ser la causa más probable de que se den los atracones. En definitiva, la excesiva preocupación por el cuerpo y la silueta llevan a la persona a restringir en su dieta, lo cual aumenta el hambre, que hace que en determinados momentos aparezcan los atracones, y la posterior preocupación a engordar hace que se lleven a cabo conductas compensatorias, sobre todo, dietas y restricción alimentaria.

3.3. Trastorno por atracón.

El eje central que define este trastorno en la actualidad es la presencia de atracones. El atracón, en este caso, si bien se define como se han definido en la bulimia nerviosa, en el caso de los criterios diagnósticos DSM aparece acompañado de más matices: producen a la persona sentimientos de depresión y culpabilidad, así como malestar a la hora de recordar el episodio. Pero también aparecen aspectos importantes como la falta del control de ese impulso de comer, lo cual causa malestar, y un componente de alivio emocional asociado del que hablaremos más adelante.

Ya hemos destacado que en este trastorno hay un alto porcentaje de personas obesas que han hecho dietas en numerosas ocasiones y que están desesperados por las

dificultades en su control sobre la ingesta de comida. Estas personas, presentan, en comparación con otros obesos, mayor grado de obesidad y una mayor fluctuación del peso a lo largo de su vida.

Otro aspecto que también merece la atención de las nuevas investigaciones es la forma en que algunos autores comienzan a ver el atracón, dentro del trastorno por atracón. Mitchel et al., (1999) investigaron las características hedónicas del atracón en aquellos pacientes con trastorno por atracón en búsqueda de tratamiento. En comparación con los pacientes con bulimia nerviosa, los pacientes con trastorno por atracón disfrutaban con más frecuencia de la comida (su sabor, olor y textura) durante el episodio de atracón. Además, informaron de mayor relax y menos comodidad física y ansiedad como consecuencia del atracón en comparación con los pacientes con bulimia nerviosa.

Muy relacionado con este último punto, se puede considerar que los episodios de sobreingesta son una manifestación de una falta de control de impulsos más general que se da en el trastorno por atracón. Para sustentar esta nueva corriente de planteamiento, se hace referencia específica al criterio E del DSM-IV-TR, que afirma que *“el atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo)”*. Sin duda alguna, este criterio plantea serias diferencias, sobre todo cualitativas, con los demás trastornos alimentarios, en los que los problemas con la imagen corporal y el miedo intenso a engordar son claves para hacer el diagnóstico. Pero esto no ocurre en el trastorno por atracón; por supuesto que en las personas afectadas por este trastorno presentan insatisfacción con el peso y la figura, sin embargo el peso deseado suele ser realista y tampoco sobrevaloran un cuerpo extremadamente delgado (Perpiñá, 2000).

Por último, mencionar que recientemente se está destacando dentro del trastorno por atracón, un cuadro algo distinto aunque sin suficiente consenso como para considerar que sea un síndrome diferente al trastorno por atracón, el “síndrome del

comer nocturno” (*Night-Eating Syndrome*), descrito, como se ha comentado anteriormente, por Stunkard en los años 50, y caracterizado por hiperfagia nocturna (al menos un 50 % de las calorías diarias totales después de la última comida del día), insomnio (inicial y despertares repetidos durante los cuales es frecuente la ingesta de alimentos;) y anorexia matinal, episodios que se exacerbaba en períodos de mayor estrés vital y de incremento ponderal. Esta actividad ocurre en estado de completa vigilia, durante la cual el paciente se despierta con una gran sensación de hambre que le lleva a ingerir alimentos hipercalóricos (Allison y Stunkard 2006). En general, los estudios sugieren que el síndrome de atracones nocturnos es poco común en la población general y que, a diferencia que en los pacientes con obesidad, los síntomas no se correlacionan con un incremento del índice de masa corporal (Piñeiro y Sánchez-Planell 2006).

3.4. Obesidad.

Como se ha señalado anteriormente, en el año 1950, Stunkard publicó su experiencia clínica sobre algunos pacientes obesos que informaban de tener episodios de sobreingesta muy molestos y que se experimentaban estando fuera de su control. Stunkard caracterizó la ingesta del atracón con “cualidades orgiásticas” y ponía de relieve “la enorme cantidad de comida que se ingería en un breve periodo de tiempo”. También destacaba que el atracón “se relacionaba frecuentemente con un acontecimiento precipitante específico y que se seguía habitualmente de una sensación de malestar y auto-denigración”. Cuarenta años más tarde, la observación clínica de Albert J. Stunkard lideró las directrices de los criterios diagnósticos del trastorno por atracón. El DSM-IV no hace distinciones entre los atracones de los obesos y de los no obesos, pero es importante tener en mente que, en la clínica, la mayoría de las personas con Trastorno por Atracón padecen de diversos grados de obesidad.

La relación entre atracón, dieta y obesidad ha sido objeto de muchos estudios y todos ellos demuestran que esta interacción es compleja (Perpiñá, 2000). A este respecto, Herman y Mack (1975) postulan que el hecho de hacer dieta aumenta significativamente la probabilidad de que se den episodios de sobreingesta en personas con un peso normal

(Cooper, 2003), pero no está tan claro si la dieta es lo que produce directamente la aparición de los atracones en personas obesas que tienen episodios de sobreingesta (Perpiñá, 2000); en este sentido, dentro de este grupo de personas nos encontramos por un lado con aquellos que tienen una larga historia de obesidad y de dietas antes de que aparezca el problema del atracón, y por el otro con un grupo de personas con un largo historial de atracones previo a la obesidad (Wilson, Nonas y Rosenblum, 1993).

Finalmente hay que señalar que tras muchos años de investigación sobre el estilo de comer obeso, no se llega a datos concluyentes excepto en unas pocas dimensiones, siendo una de ellas claramente su preferencia por los alimentos “palatables”, es decir, alimentos de alto contenido graso (Michelet al., 2008). Si a esta última cuestión le añadimos el hecho paradójico de que la población obesa es la que más frecuentemente inicia dietas, y que además suelen utilizar la desinhibición de la ingesta para manejar ciertos estados emocionales, se comprende la complejidad del análisis de la ingesta de esta población (Amigo, 2002).

3.5. Otros problemas de atracón y sobre-ingesta.

En este apartado se comentan aquellos patrones atípicos de alimentación (como episodios puntuales de pérdida de control en la ingesta, desorganización en la regularidad horaria o en la distribución de nutrientes) que sin constituir un trastorno pueden aparecer con frecuencia en algunas personas. En esta línea, el trabajo de Tanofsky-Kraff y Yanovski (2004) plantea la distinción entre “eating disorders” (trastornos alimentarios) y “disordered eating” (alimentación “trastornada”), señalando que los últimos no presentan malestar o discapacidad asociados. En este sentido, los patrones alimentarios atípicos o no normativos no podrían considerarse un trastorno mental, lo cual no resta importancia al impacto que pueden tener sobre el peso corporal o la salud.

Otros problemas de atracón significativos aparecen en los trastornos alimentarios no especificados, en aquellas personas que utilizan la ingesta como una forma de paliar

el malestar emocional, en personas que hacen dieta crónicamente y cuya restricción constante les lleva a perder el control de la ingesta en ocasiones. Vamos a ver algunos de estos fenómenos.

3.5.1. Comer emocional.

El comer emocional es la predisposición a la sobreingesta en respuesta a las emociones, en principio, negativas y, aunque no se trata de un trastorno, este fenómeno puede ser considerado como tal a nivel popular. Definiendo de esta manera el comer emocional es fácil entender su afinidad con el trastorno por atracón, ya que se presentan episodios de sobreingesta en los que las emociones negativas suelen estar presentes, sobretodo, en el desarrollo o al finalizar el episodio.

Telch y Agras (1996) examinaron la emoción negativa, por una parte y la privación de comida, por otra, como posibles precipitantes del atracón en dos experimentos llevados a cabo en mujeres con y sin trastorno por atracón. Sólo se encontraron diferencias significativas entre ellas, en el sentido de la sobre-ingesta en el caso de la inducción de estados de ánimo negativos.

Por tanto desde estudios clínicos y de laboratorio se confirma, pues, que los episodios de sobre-ingesta se asocian a estados de ánimo negativos, como depresión o ansiedad. Otras veces, sin ser posible identificar desencadenante alguno, suele estar presente una sensación de tensión que el atracón tiende a aliviar. Otros manifiestan sentimientos de disociación del atracón, describiéndolo como una sensación de estar “embotado”, o como “drogado”.

Desde los primeros estudios que se llevaron a cabo para analizar este fenómeno se observó una relación significativa con la bulimia nerviosa (Van Serien, Schippers y Cox 1995), apoyando la hipótesis de que las emociones son un factor importante en la sobreingesta de personas con este trastorno. También se ha demostrado la contribución del comer emocional en los atracones, así los pacientes con trastorno por atracón refieren

una mayor tendencia a comer en respuesta a los estados de ánimo negativo que las personas control (Eldregde y Agras 1996).

3.5.2. Comer “trastornado” o “desordenado”.

Por último, hay personas que pasan todo el día comiendo sin ningún horario establecido ni desencadenante específico. Algunas personas pueden preocuparse y sentir malestar ante ciertas prácticas alimentarias, tales como episodios de sobreingesta sin sensación de pérdida de control, comer en ausencia de hambre, patrones alimentarios irregulares, o un continuo picoteo (Tanofsky y Yanovski, 2004). Indudablemente existe cierta similitud de algunas de ellas con los episodios de atracón que aparecen en el trastorno por atracón, de ahí que sea fundamental diferenciarlas bien. Varios autores, como Cooper y Fairburn (2003), han resaltado las dificultades para distinguir un atracón de la sobreingesta cotidiana basada en autoindulgencia; para ello suele utilizarse principalmente el *criterio de temporalidad* en el atracón (recordemos que éste se define por ser un episodio discreto). No obstante en la práctica clínica no siempre es fácil aplicarlo y puede ser complejo establecer si se ha llegado a producir un atracón en el contexto de una sobreingesta a lo largo del día. Otro criterio utilizado para diferenciar ambos fenómenos es el de *sensación de pérdida de control*, sin embargo llegado el momento las personas pueden confundir dicha sensación con el malestar evidente que sigue a una ingesta excesiva y que suele hacerles que piensen que estaban descontrolados una vez ha ocurrido el episodio.

4. ATRACÓN, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, TRASTORNO POR ATRACÓN Y OBESIDAD: MODELOS DE EXPLICACIÓN E INTEGRACIÓN.

Aunque, como ya se ha señalado, el fenómeno del atracón se describió a finales de los años cincuenta por Stunkard, no fue del todo tomado en cuenta hasta mediados de la década de los años ochenta, cuando fue evidente que una cuarta parte de las personas que buscaban tratamiento para la obesidad tenían problemas de atracones pero no cumplían los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa (Fairburn, 1998). Un grupo de investigadores dirigido por el Dr. Spitzer fueron quienes propusieron que esas personas estaban sufriendo un trastorno alimentario diferente de la bulimia nerviosa, y lo llamaron *síndrome de la sobreingesta patológica*, que posteriormente pasó a llamarse *trastorno por ingesta compulsiva* (Fairburn, 1998). Muchos términos se han utilizado desde entonces para describir este trastorno, se habla de “ingesta compulsiva”, de “trastorno de sobreingesta”, de “comer en exceso compulsivo” o como se denomina en el DSM-IV, “trastorno por atracón” (Amigo, 2002). Desde sus primeras descripciones, se está viendo que este problema tiene una presencia cada vez mayor en la población occidental, de ahí que sea importante su caracterización y clarificación. Además la investigación sobre este trastorno está todavía bastante atrasada, de hecho sus rasgos clínicos están siendo todavía delimitados y todavía no son muchos los estudios controlados a cerca de su tratamiento (Fairburn et al., 1998).

Con todos estos datos en la mano, consideramos importante la necesidad de llevar a cabo estudios que clarifiquen la realidad del atracón. Por ello vamos a revisar los modelos de conceptualización del trastorno por atracón que han sido propuestos en la literatura científica, que aunque no sea nuestro objeto de estudio en sí puede clarificarnos datos importantes a tener en cuenta para desentrañar la complicada madeja existente entorno al fenómeno del atracón y enmarcar así nuestra investigación.

Podemos resumir los modelos de conceptualización del trastorno por atracón en cuatro grupos que pasamos a revisar a continuación. El primer grupo nos habla de

trastorno por atracón como un trastorno alimentario distinto. Esta iniciativa es la que se presenta en los criterios provisionales para el diagnóstico del trastorno descritos en el apéndice B del DSM-IV-TR (APA, 2002). En la Figura 1 lo representamos gráficamente.

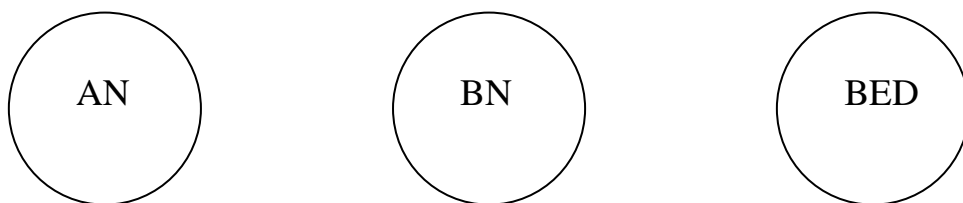


FIGURA 2: Modelo 1. El trastorno por atracón como una entidad diagnóstica distinta. AN: anorexia nerviosa; BN: bulimia nerviosa; BED: trastorno por atracón. (Tomado de Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

En esta perspectiva el atracón es el verdadero protagonista, sin embargo, la utilidad clínica de establecer un trastorno alimentario diferente no está del todo clara, y todavía hoy faltan estudios adicionales sobre la fiabilidad y la validez de tal distinción (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). De hecho, dos estudios recientes (Greeno, Wing y Shiffman, 2000; Le Grange, Gorin, Catley y Stone, 2001) llegan a plantear dudas importante sobre la validez de contenido del trastorno por atracón, ya que, utilizando entrevistas de diagnóstico estandarizadas, mujeres que no fueron diagnosticadas de trastorno por atracón informaron que sufrían frecuentes episodios objetivos de sobreingesta y que esto les producía grandes dosis de malestar asociado. Esto nos lleva a pensar que la mera presencia del atracón ya aporta psicopatología, cumpla o no cumpla dicha presencia los criterios (de frecuencia y pérdida de control) necesarios para poder diagnosticar un trastorno alimentario. En este sentido, algunos autores ya consideran que la inclusión de algunos de estos criterios en la definición del atracón reduce sustancialmente el número de personas que pueden ser diagnosticadas, por lo que sería conveniente llevar a cabo investigaciones que comprobaran la utilidad de estos indicadores (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003) y nos atrevemos a añadir que, sobretodo, habría que estudiar la psicopatología asociada a la mera presencia de los episodios de atracón, objetivo que vamos a recoger en nuestra investigación y que nos anima a seguir en nuestro propósito.

Por lo que se refiere a la validez de constructo del trastorno por atracón, podemos decir que el mejor ejemplo de un rasgo asociado a las personas que sufren trastorno por atracón frente a los obesos sin atracones es la asociación de la psicopatología del eje I y del eje II (Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993; Kuehnel y Wadden, 1994; Specker, de Zwann, Raymond y Mitchell, 1994; Mussell et al., 1996; Telch y Stice, 1998; Wilfley, Friedman et al., 2000). En este sentido, a pesar de la relación existente entre atracones y el grado de obesidad (Telch, Agras y Rossiter, 1988), la psicopatología asociada viene dada por la presencia o la ausencia de los atracones, no por la gravedad de la obesidad (Telch y Agras, 1988; Yanovski et al., 1993). Incluso algunos autores defienden que la psicopatología asociada podría estar relacionada con el pronóstico (Wilfley et al., 2000). De nuevo nos encontramos así con la idea de que no hace falta cumplir estrictamente los criterios diagnósticos de ningún trastorno para que los atracones produzcan malestar.

Un segundo grupo de investigaciones postula *el trastorno por atracón como una variante de la bulimia nerviosa*; es decir, como si existieran subtipos de bulimia: aquella sobreingesta con compensación (bulimia nerviosa) y sobreingesta sin compensación (trastorno por atracón) –figura 3A–; o con purga y sin purga –figura 3B–. En general este modelo considera el atracón como el rasgo central del trastorno por atracón pero, sin embargo, no diferencia claramente el atracón bulímico del que se da en el trastorno por atracón (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Una versión alternativa de este modelo es el del espectro del atracón, que considera que la bulimia nerviosa purgativa, la bulimia nerviosa no purgativa y el trastorno por atracón son puntos que se distribuyen a lo largo de un continuo de conductas compensatorias o, incluso, de gravedad –figura 3C– (Hay y Fairburn, 1998). Veamos como sería la representación gráfica de estos modelos.

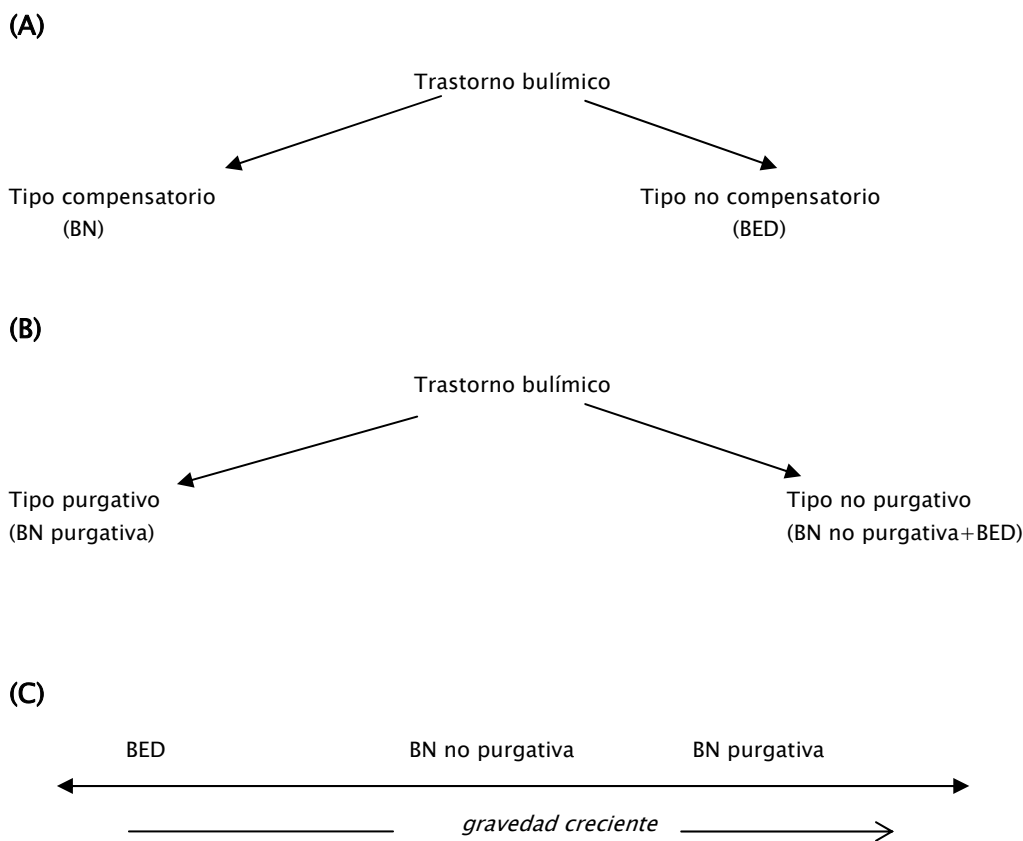


FIGURA 3: Modelo 2. El trastorno por atracón como una variante de: (A): Bulimia I, (B): Bulimia II, (C): Espectro del atracón, y (D): Parte de un trastorno alimentario no especificado. BN: bulimia nerviosa; BED: trastorno por atracón. (Tomado de Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Algunos estudios han intentado aclarar la distinción entre el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. De acuerdo con Kendell (1975), Striegel-Moore et al. (1998) sugieren que los dos síndromes son significativamente diferentes en cuanto a manifestaciones clínicas, curso natural, respuesta al tratamiento y etiología (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). Un estudio relativamente reciente con mujeres encontró claras diferencias entre la bulimia nerviosa purgativa y el trastorno por atracón, incluyendo el IMC, la edad, la historia de anorexia nerviosa o el haber recibido recientemente tratamiento por un trastorno alimentario (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003), con estos datos Striegel-Moore et al. (1998) afirman que existe evidencia de que el trastorno por atracón es un trastorno distinto al de la bulimia nerviosa, al menos del subtipo purgativo. Sin embargo, otro estudio a gran escala (Joiner, Vohs y Heatherton, 2000) usando técnicas de análisis factorial para evaluar las diferencias entre la bulimia (atracones con conductas

compensatorias) y atracón (sin conductas compensatorias), demostró que la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón parecían formar parte de un continuo, aunque eran trastornos distintos –figura 3C–. En resumen, parece ser que los resultados de las investigaciones acerca de la distinción entre bulimia nerviosa y trastorno por atracón no están claros, aunque existe una tendencia en las evidencias a favor de la separación de los dos trastornos, sobretodo si hablamos de la bulimia nerviosa purgativa (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Por lo que se refiere a los estudios llevados a cabo con muestras clínicas, nos encontramos con evidencias que hablan de la utilidad de distinguir la bulimia nerviosa del trastorno por atracón, entre ellas destacamos rasgos como la edad, la distribución de género, el índice de masa corporal (Yanovski, 1993), la restricción en la dieta (Raymond, Mussell, Mitchell, de Zwaan y Crosby, 1995), y datos relativos al atracón y las dietas. En este sentido, el atracón muy a menudo precede a la dieta en las personas con trastorno por atracón (Mussell et al., 1995, 1996; Santonastaso, Ferrara y Favaro, 1999; Spurrell, Wilfley, Tanosfsky y Brownell, 1997) mientras que en la bulimia nerviosa la dieta precede a la aparición del atracón (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). Los estudios que examinan los niveles de psicopatología asociada a dichos trastornos muestran que los niveles de psicopatología en las personas con trastorno por atracón están entre los niveles que presentan las personas con bulimia nerviosa y los que presentan las personas obesas sin atracones, pero más cercanos a aquellos con bulimia nerviosa (Fichter, Quadflieg y Brandl, 1993; Raymond et al., 1995; Tobin, Griffig y Griffing, 1997).

En resumen, las conclusiones de nuevo no son claras, en todo caso parece que las diferencias entre la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón son más cuantitativas que cualitativas; es decir, que hay evidencias en muestras clínicas de que los pacientes con trastorno por atracón se diferencian de aquellos con bulimia nerviosa, pero tales diferencias son más cuestión de grado que de clase (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Se puede afirmar que el trastorno por atracón se diferencia de la conducta normal y de la bulimia nerviosa purgativa, sin embargo su diferenciación con la bulimia nerviosa no purgativa es menos clara (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). En base a esto un tema interesante es estirar al máximo esta suposición, intentando clarificar que aporta el atracón a la psicopatología, sin tener tanto en cuenta purgas.

El tercer modelo postula *el atracón como un subtipo conductual de obesidad*. Bien sea el trastorno por atracón un trastorno distinto y diferente a los comentados, bien sea un subtipo dentro de otro trastorno, lo que parece interesante abordar es la clase de relación existente entre los atracones y la obesidad.

Las investigaciones apuntan que en principio las personas obesas consumen significativamente más calorías que las personas normopeso (Black et al., 1993) pero los tipos de sobreingesta que se presentan son diversos: comer nocturno, sobreingesta constante durante el día o "picoteo", atracón, ingerir más cantidad de alimento que en una comida *normal* ("comilonas") etc. (Brody et al., 1994). La representación gráfica de este modelo se presenta en la figura 4.

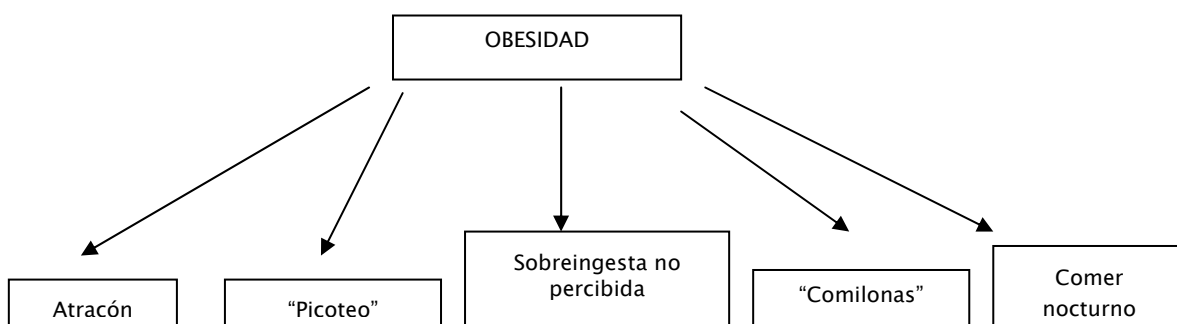


Figura 4: Modelo 3. El atracón como un subtipo conductual de obesidad. (Tomado de Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

En general puede afirmarse que conceptualizar el atracón como un subtipo conductual de obesidad sería útil sobretodo para la búsqueda del tratamiento óptimo de este tipo de problemas. Sin embargo, la realidad demuestra que la supresión de los atracones no se relaciona directamente con la pérdida de peso (Devlin, Goldfein y

Dobrow, 2003), por lo que la relación no está tan clara y habría que averiguar que papel juegan éstos en el desarrollo de la obesidad.

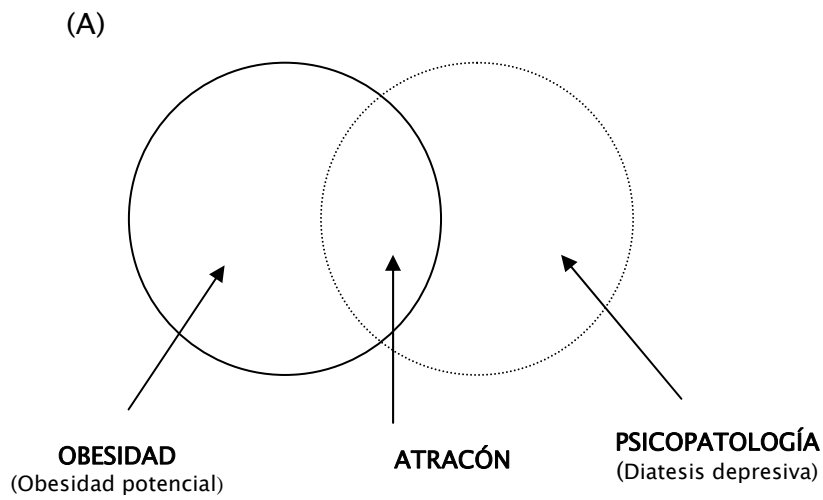
Los estudios que evalúan las implicaciones que tienen los atracones a la hora de responder al tratamiento seleccionado, de nuevo, presentan resultados contradictorios (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003); algunos investigadores (Agras et al., 1994; Ho, Nichaman, Taylor, Lee y Foreyt, 1995; Marcus et al., 1995; Gladis et al., 1998; Raymond et al., 2002) encuentran que las personas con trastorno por atracón responden bien a tratamientos estándar para la obesidad, mientras que otros encuentran lo contrario (Yanovski, Gormally, Láser, Gwirtsman y Yanovski, 1994; Nauta, Hospers, Kok y Cansen, 2000). Incluso algunos estudios demuestran que los tratamientos dirigidos específicamente a tratar los atracones obtienen resultados mejores que los tratamientos estándar para la obesidad en los subgrupos de obesos que presentan trastorno por atracón o atracones severos (Porzelius, Houston, Smithe, Arfken y Fisher, 1995; Nauta et al., 2000). Con todo ello podemos concluir que el fenómeno del atracón no está solamente asociado a aspectos relacionados con la obesidad, de ahí que uno de nuestros objetivos vaya a ser intentar averiguar en que se parecen, y en que se diferencian, las personas obesas de las que presentan atracones en un intento de zanjar esta cuestión.

El cuarto modelo parte de concebir *el atracón como un rasgo asociado que emerge cuando dos trastornos primarios coexisten* (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). De esta manera el atracón puede surgir cuando coexisten la obesidad (o la tendencia a ella) y una marcada psicopatología general (asociada normalmente a la diátesis depresiva) –Figura 5A–. De hecho, varias investigaciones han encontrado que los atracones suelen estar asociados a una psicopatología más marcada entre las personas con obesidad que los presentan frente a aquellos obesos sin atracones (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). Además parece claro que los dos factores de riesgo mayormente asociados al trastorno por atracón son la obesidad y los problemas psiquiátricos (Fairburn et al., 1999) y, por si fuera poco, la sobreingesta es un rasgo que aparece también en las depresiones atípicas (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). De todo esto se desprende una cuestión que es

necesario clarificar: dentro de una muestra de personas con obesidad *¿se diferencian significativamente aquellos que presentan atracones sin presentar más psicopatología asociada de aquellos que no se atracan?* En este sentido, solo si es así el atracón tendría una importancia significativa independiente del resto de psicopatología subyacente. De igual manera, es imprescindible clarificar la primacía bien de la psicopatología bien de los atracones (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Otro modelo de trastorno por atracón enfatiza que la presencia de los atracones es una muestra de mayor psicopatología dentro de la obesidad –Figura 5B–. Así, por ejemplo, las personas obesas con atracones muestran más disconformidad con su peso (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003). No obstante, desde un punto de vista psicopatológico, la variable más relacionada es la impulsividad. Los resultados que muestran que los atracones entre las personas con obesidad se asocian a altos niveles de impulsividad (de Zwann et al., 1994) o con otras conductas problemáticas como las compras compulsivas (Faber, Christenson, de Zwann y Mitchell, 1995; McElroy, Keck y Phillips, 1995) de nuevo ratifican la teoría del atracón como una manifestación de alta impulsividad o desinhibición entre las personas predispuestas a la obesidad (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

Lo cierto es que de nuevo nos encontramos con la necesidad de nuevos estudios e investigaciones que aclaren todo esto, es decir, la asociación entre los atracones y el malestar con la imagen corporal, la impulsividad y otros rasgos psicológicos, así como si estas manifestaciones tienden a fluctuar en el tiempo de acuerdo a la fluctuación de los atracones.



(B)

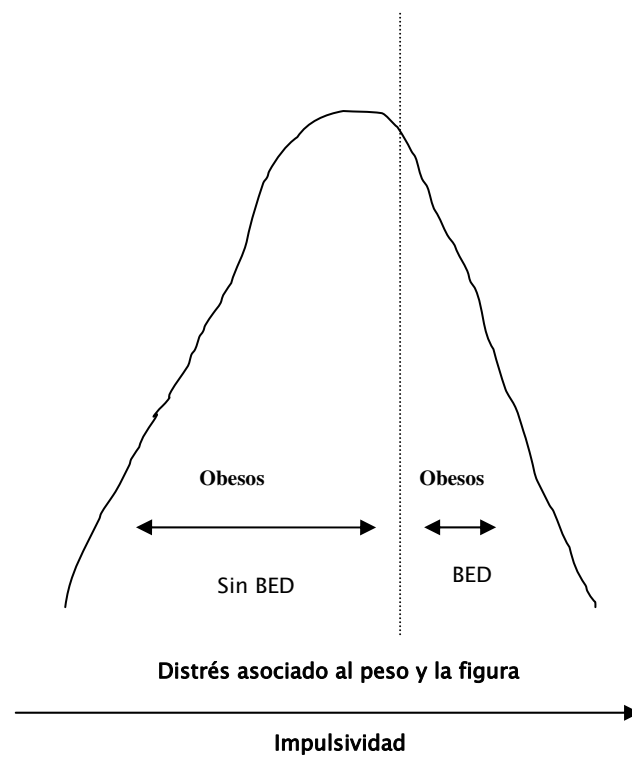


Figura 5: Modelo 4. El atracón implica mayor grado de psicopatología en la obesidad. (Tomado de Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003).

III. MARCO EXPERIMENTAL.

1. OBJETIVOS.

Dentro del marco esbozado, queda claro que los atracones no son una conducta inocua, sino que produce efectos nocivos importantes en la salud psíquica y física de las personas que los padecen, de ahí que consideremos necesario abogar por la importancia y la necesidad de evaluar que añade la aparición del atracón a la psicopatología de la persona que lo sufre.

Por tanto el objetivo general del presente trabajo fue realizar un análisis comparativo entre distintos grupos diagnósticos relacionados con los trastornos alimentarios y la obesidad en función de si en ellos se daba la ocurrencia o no de atracones “objetivos”. Este objetivo general exploratorio se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las similitudes y diferencias entre los grupos de estudio en la psicopatología asociada a su trastorno o enfermedad.
2. Analizar las similitudes y diferencias entre los grupos de estudio en la psicopatología alimentaria y variables relacionadas con la ingesta.
3. Analizar las similitudes y diferencias entre los grupos de estudio en variables relacionadas con la imagen corporal.

2. MÉTODO.

2.1. Participantes.

Un total de 78 mujeres participaron en esta investigación. Esta muestra estaba configurada por 35 pacientes con diagnóstico de Trastorno Alimentario (TA), 11 pacientes con obesidad y 32 mujeres de la población general. La procedencia de las participantes se describe a continuación.

Las pacientes con diagnóstico de TA procedían de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Dr. Peset de Valencia. Según los criterios del DSM-IV estas pacientes estaban diagnosticadas de la siguiente manera: 3 de ellas cumplían criterios de Anorexia Nerviosa (AN); 19 de Bulimia Nerviosa (BN) y 13 cumplían criterios de Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (EDNOS). Con el fin de homogeneizar las características psicopatológicas de las pacientes TA, se decidió agruparlas en función de si presentaban o no atracones “objetivos”, es decir lo que el DSM considera como “atracon” (cantidad de la ingesta y sensación de pérdida de control en la ingesta). De esta manera las pacientes TA quedaron divididas en grupo de personas con atracones y grupo de personas restrictivas.

En ese sentido, el *grupo de personas con atracones* lo componían 25 personas. De ellas 19 cumplían criterios de BN y las 6 restantes eran EDNOS (trastorno por atracón clínico o subclínico). La media de edad de este grupo fue de 25,64 (rango 16–49), y la de su IMC de 27 (rango 17,2–44,4).

El grupo de restrictivas, por su parte, estaba formado por 10 participantes: las 3 pacientes con AN y 7 EDNOS (subumbrales de AN y BN). La media de edad del grupo fue 26,8 (rango 14–42 años) y su IMC medio 17,92 (rango: 15,6–20,1).

Por lo que respecta al grupo de *obesas*, este se formó a partir de 11 pacientes también del Hospital Peset que estaban yendo a un grupo de autoayuda para la obesidad

en el Servicio de Psiquiatría (Media de edad 35,09; rango: 24–54; Media de IMC: 39,6; rango: 29,2–54,1). Las personas que formaban este grupo no presentaban sintomatología alimentaria pero habían realizado múltiples dietas para perder peso sin obtener resultado y acudían a estas sesiones para trabajar sobretodo su baja autoestima, sus síntomas ansiosos y su bajo estado de ánimo.

Finalmente, el *grupo de población general (Grupo PG)* estuvo formado por 32 mujeres que acudieron al Centro de Planificación Familiar (CPF) correspondiente al área 3 de Salud de la Comunidad Valenciana a realizar su control ginecológico anual. La media de edad fue 28,97 (rango 17–46 años), y su IMC medio 21,8 (rango: 18,4–25,7). Se comprobó, a través del protocolo de evaluación, que no tuvieran un diagnóstico actual de trastorno alimentario, y por la media de su peso, se puede observar que eran mujeres normopeso.

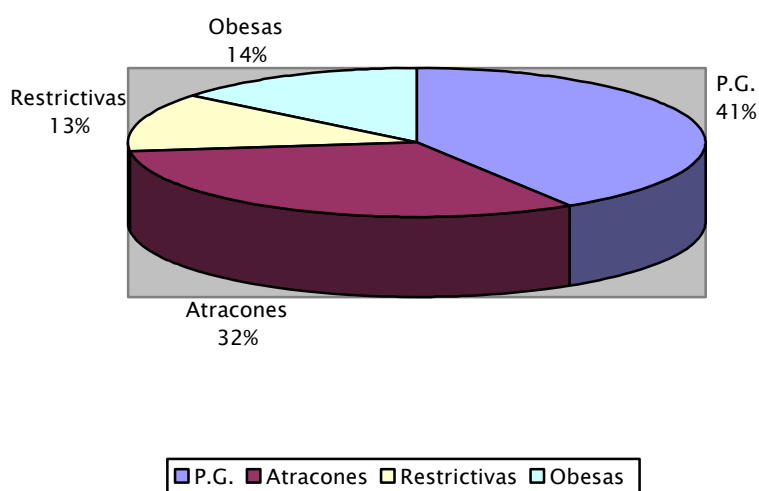
En la Tabla 2.1 se muestran las medias y desviaciones típicas tanto de la Edad, el Índice de Masa Corporal (IMC), y el Nivel de Estudios. En la Figura 2.1 se muestra su representación gráfica.

Tabla 2.1. Edad, IMC y Nivel Educativo de las participantes distribuidas por grupos

<i>Grupos.</i>	<i>N</i>	Edad		IMC		Nivel de Estudios			
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>Sin Estudios</i>	<i>Elementales</i>	<i>Medios</i>	<i>Superiores</i>
PG	32	28,97	7,14	21,79	2,23	1 (3,1%)	4 (12,5%)	13 (40,6%)	14 (43,8%)
Obesas	11	35,09	8,86	39,58	8,76	2(18,2%)	2 (18,2%)	4 (36,4%)	3 (27,3%)
TA–Atracón	25	25,64	7,06	26,97	9,15	–	3 (12 %)	10 (40 %)	12 (48%)
TA–Restrictivas	10	24,80	8,63	18,92	3,07	–	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
Total: 78									

PG: población general.

Figura 2.1: Distribución de la muestra



2.2. Instrumentos.

A continuación se describen los cuestionarios que formaron parte del protocolo de evaluación. Una copia del protocolo completo se recoge en el anexo 1. Para mayor claridad, en este apartado, hemos dividido la información en apartados teniendo en cuenta el aspecto central que mide cada uno de los instrumentos.

A. DATOS DEMOGRÁFICOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En primer lugar se recopilaron una serie de datos de interés demográfico. Estos datos incluían el peso, la talla, el diagnóstico del trastorno (si se trataba de población clínica) y el nivel de estudios.

Se obtuvo también un consentimiento informado de todas las personas que colaboraron con la investigación. En este documento se les informaba del tipo de pruebas que iban a realizar, así como sobre la posibilidad de abandonar el proyecto en cualquier momento que consideraran oportuno. Se les explicaba también que, respetando siempre

el derecho a la intimidad y el anonimato, los datos obtenidos podrían ser objeto de divulgación científica.

B. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

El Inventario breve de síntomas (The Brief Symptom Inventory): (BSI; Derogatis, 1975) es una medida de psicopatología general que evalúa presencia de sintomatología. Se trata de una lista de 51 síntomas que mide la frecuencia con que han ocurrido en el último mes. Este instrumento ofrece una puntuación total y la puntuación para cada una de las 6 subescalas que lo componen (Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Trastorno Obsesivo-Compulsivo e Ideación Paranoide). Su fiabilidad test-retest es de .90. Presenta una consistencia interna que oscila entre .71 y .85. Los coeficientes de validez con el MMPI son de cerca de .30 (Derogatis y Melisaratos, 1983).

Big Five Questionnaire: (BFQ; Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 1993). Auto-informe de personalidad que propone cinco dimensiones fundamentales (Energía, Tesón, Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental). A su vez, cada una de ellas se compone de dos subdimensiones que se rastrean a través de 12 items, haciendo un total de 132 items en caso de utilizarse el cuestionario al completo. Las respuestas oscilan en una escala Likert de 5 (completamente verdadero para mí) hasta 1 (completamente falso para mí).

En este trabajo se utilizaron únicamente las dimensiones de Estabilidad Emocional y Tesón por ser las que contienen características de personalidad más directamente relacionadas con los trastornos alimentarios. La primera dimensión (Estabilidad Emocional) se define por las subdimensiones de Control de las emociones y Control de los impulsos, y sirve para evaluar el grado de control ante la tensión asociada a

experiencias emotivas, así como la capacidad para mantenerlo en situaciones conflictivas o de peligro (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1995). El coeficiente de fiabilidad para esta dimensión es de .87.

La segunda (Tesón), mide la capacidad de autocontrol o autorregulación y se define por las subdimensiones de Escrupulosidad y Perseverancia. En esta investigación nos proporcionaron una medida de la meticulosidad y persistencia con que se llevan a cabo las actividades emprendidas (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1995). El coeficiente de fiabilidad para muestras españolas, de las dimensiones que hemos utilizado (Estabilidad Emocional y Tesón) es de .87 y .79 respectivamente.

C. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA.

Preguntas derivadas de la SCID para el rastreo de los principales TA, incluido el trastorno por atracón. Con el fin de realizar un rastreo para cribar los principales TA (incluido el trastorno por atracón) y poder así asegurar la presencia o ausencia de atracones objetivos se elaboraron una serie de preguntas basadas en, la Entrevista Clínica Estructurada para el diagnóstico de los trastornos alimentarios (*The Structured Clinical Interview for DSM (SCID)*; Spitzer, Williams y Gibbon, 1987) y adaptada para los criterios DSM-IV-TR. Es importante matizar que dichas preguntas fueron administradas también al resto de participantes, tanto con el fin de rastrear y excluir, si fuera el caso, a las personas con estos problemas de la muestra de población general, como para detectar la presencia de los atracones en la población clínica, a pesar de que los diagnósticos de las muestras con patología alimentaria fueron realizados por los profesionales de los respectivos Servicios que colaboraron en la investigación.

Cuestionario Edimburgo para investigación en bulimia: (BITE); (Henderson y Freeman, 1987). Este cuestionario de 33 items fue diseñado para detectar población con sintomatología bulímica así como para determinar su gravedad, siendo por tanto de

utilidad en población subclínica (Henderson y Freeman, 1987). Está compuesto por preguntas cuya respuesta es SI/NO así como por escalas Likert. El instrumento se divide en dos subescalas, la de síntomas y la de gravedad. La puntuación máxima de la subescala de síntomas es 30, siendo 20 el punto de corte para considerar los síntomas clínicamente significativos. Respecto a la escala de gravedad, la máxima puntuación es de 39 siendo a partir de 5 clínicamente significativo. Para la puntuación total se considera que con 25 puntos ya hay un patrón alimentario fuertemente alterado (Henderson y Freeman, 1987). La fiabilidad de este cuestionario se establece en .96 para la escala de síntomas y de .62 para la de gravedad (Henderson y Freeman, 1987).

Por lo que se refiere a los datos españoles, la fiabilidad se establece en .97 para la escala de síntomas y de .94 para la escala de gravedad. La puntuación en la escala de síntomas de BITE que mejor diferencia a sujetos con y sin BN fue 19, y en la escala de gravedad 12 (Rivas, Bersabé y Jiménez, 2004).

Inventario de Trastornos Alimentarios 2 (Eating Disorder Inventory-2): (EDI-2; Garner, 1991). El EDI-2, es una versión revisada del *Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted, y Polivy, 1983)*, una medida tipo autoinforme que evalúa la sintomatología específica de los TA (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). El EDI está formado por un total de 8 subescalas (*Tendencia a adelgazar, Bulimia, Insatisfacción Corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Consciencia Interoceptiva y Miedo a la Madurez*) diseñadas con el fin de medir tanto características psicológicas generales de personas con trastorno alimentario, como actitudes y comportamientos relacionados con el peso, la talla y el comer.

El EDI-2 añade a los 64 items y 8 subescalas del original 27 items adicionales que constituyen 3 subescalas más (*Ascetismo, Regulación de impulsos y Inseguridad social*). Igual que ocurre en el EDI, se presenta una escala de 6 puntos que oscila entre siempre y nunca y cuyo rango de puntuación es de 0 a 3. La consistencia interna para pacientes con trastornos alimentarios fue superior a .80. Sus coeficientes de fiabilidad oscilan entre .83

y .93 (Garner y Olmsted, 1984). La fiabilidad test–retest para una semana se encuentra entre .67 y .95 para las diferentes escalas (Welch, 1988). En este estudio se ha utilizado la versión española publicada por TEA.

Escala de Comer Emocional (Emotional Eating Scale): Arnow, Kenardy y Agras, 1995.

Esta escala ha sido modificada para este estudio y proporciona un análisis detallado de la relación entre el estado de ánimo y el deseo o impulso por comer. Consta de 25 ítems a los cuales hay que responder por medio de una escala Likert de 5 puntos el deseo o impulso por comer que ese estado de ánimo provoca. Esta escala consta de tres factores; *enfado/frustración, ansiedad y depresión* (sola, aburrida, triste, melancólica y agotada).

En nuestra versión añadimos estados de ánimo positivos con el objeto de evaluar en que medida estos podían influir en el deseo de comer. Procuramos que los adjetivos tuviesen el significado contrario a los negativos. A la hora de evaluarlos se trataron como una puntuación global.

El Cuestionario de ansias por comer (Food Craving Questionnaire): (FCQ; Cepeda-Benito et al. 1998), consta de dos instrumentos multifactoriales: la *Food Craving Questionnaire–Trait* y la *Food Craving Questionnaire–State*. La primera evalúa por medio de 37 ítems el ansia por comer ante determinadas situaciones, como rasgo y es la que hemos utilizado en este trabajo. En ella el individuo puntúa en una escala Likert que oscila entre 1 (nunca) y 6 (siempre) hasta qué punto cada comentario describe cómo piensa o se siente en general. El resultado proporciona una puntuación total que indica el nivel de ansia evaluada como rasgo, y una solución factorial gracias a la cual se pueden determinar las situaciones que conllevan mayor riesgo por comer. Los 9 factores descritos por el autor son: tener intenciones y planes de consumir comida; anticipación de refuerzo positivo resultante de comer; anticipación de alivio de estados y sentimientos negativos como resultado de comer; pérdida de control sobre el comer; pensamientos o preocupaciones con la comida; ansia como estado fisiológico; emociones que pueden ser expresadas después o durante comidas deseadas o comiendo; señales que pueden

desencadenar ansias por comer y culpabilidad por tener ansia o rendirse a ella. La fiabilidad global de este cuestionario es de .97, oscilando entre .81 y .94 para los diferentes factores (Cepeda-Benito et al., 2000).

Medida de situaciones de riesgo de comer (Situational Appetite Measure): (SAM; Stanton, García y Green, 1990). Este cuestionario evalúa el grado de urgencia por comer que el individuo tiene ante situaciones consideradas de alto riesgo. Consta de un total de 30 items y se puntúa por medio de una escala Likert de 0 a 4, indicando el 0 que esa situación no provoca ninguna urgencia. La escala consta de 5 factores, describiendo cada uno de ellos un grupo de situaciones diferentes. El factor I mide Relajación, el factor II: Presencia de comida, el factor III: Hambre, el factor IV: Recompensas y por último el factor V: Sentimientos negativos. La fiabilidad del instrumento oscila entre .75 y .92 (Stanton, Garcia y Green, 1990).

Adaptación de la Escala de Trastornos Alimentarios Yale-Brown-Cornell (The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale): (YBC-EDS; Mazure et. al., 1994). Esta escala es una adaptación de un instrumento que ha sido utilizado para evaluar los síntomas de los trastornos obsesivo-compulsivos, el Yale-Brown Obsesive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989). La YBC-EDS, en su versión original, consta de 65 items destinados a detectar la presencia y tipo de preocupaciones y rituales relacionados con el peso y la comida. El total de items se distribuye en dos listas de síntomas (21 items referidos a preocupaciones y 44 con rituales) que se agrupan en 9 categorías generales para cada lista (comida, comer, peso, talla y apariencia, vestirse, amontonar comida, ejercicio y otros). El modo de respuesta es mediante una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). Además de los 65 síntomas listados, el cuestionario presenta 8 items (4 referentes a preocupaciones y 4 a rituales) mucho más explícitos. La consistencia interna para la escala global según los autores es de .90. En cuanto a sus escalas, la fiabilidad oscila entre .82 y .88 (Mazure et. al., 1994).

En su versión original este instrumento es una entrevista, pero por comodidad para esta investigación se ha transformado en como medida tipo autoinforme. Por supuesto es una edición experimental, por lo que sus resultados tienen que ser tomados más bien como dato informativo, pero consideramos interesante utilizarla de esta manera para ver que sentido tenía.

D. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR LA IMAGEN CORPORAL.

La escala de Estima Corporal (The Body Esteem Scale): (BES; Franzoi y Shields, 1984)

Autoinforme que mide satisfacción/insatisfacción corporal. Consta de 35 ítems planteados en forma de lista de partes del cuerpo. Se puntúa mediante una escala tipo likert que oscila del 1 (fuertes sentimientos negativos) al 5 (fuertes sentimientos positivos). La puntuación total de la escala oscila entre 32 y 165 puntos. Aunque la escala plantea los mismos ítems para hombres y mujeres, el instrumento incluye tres subescalas que separan los componentes específicos de la estima corporal en cada caso. Para varones las tres subescalas son: (a) atractivo físico, (b) fuerza en la parte superior del cuerpo; y (c) condición física. Para mujeres, las tres subescalas son: (a) atractivo sexual, que incluye medidas de las actitudes hacia las partes y funciones de su cuerpo asociadas con su atractivo facial y su sexualidad; (b) quejas acerca del peso; y (c) condición física. En el caso de las mujeres la fiabilidad de esta escala es de .78 en el factor Atractivo Físico, de .87 para el factor de Preocupación por el peso y de .82 para el factor que mide Condición Física. La escala ha sido validada con población normal de ambos géneros (Franzoi y Shields, 1984). Se ha utilizado para este estudio la adaptación a población española realizada por Jorquera, Baños, Perpiñá y Botella (2005) quienes informan de una consistencia interna en el caso de las mujeres entre 0,76 y 0,90.

Inventario de Esquemas de Apariencia (The Appearance Schemas Inventory): (ASI; Cash y Labarge, 1996). Este cuestionario está formado por un total de 14 ítems que evalúan supuestos y creencias básicas asociadas a la importancia que se le da al aspecto físico a la hora de valorarse como persona. Es importante anotar que las puntuaciones

que proporciona no están influenciadas por el índice de masa corporal (Cash y Labarge, 1996) lo cual fue importantísimo en nuestro estudio dado la variabilidad de IMC de nuestra muestra. El ASI sirve también para discriminar población clínica en cuanto a trastornos de la imagen corporal (Cash y Labarge, 1996). En su estudio los autores encontraron puntuaciones medias para la población clínica de 2.99, siendo las medias para la población general de 2.58.

Este inventario se puntúa por medio de una escala tipo likert que oscila entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo), aunque en este estudio se utilizó una escala de 0 a 4. Las puntuaciones se distribuyen en tres factores: "*Vulnerabilidad*", es decir aquellas características de la propia apariencia que el individuo asume como defectuosas y socialmente inaceptables; "*Inversión del self*" que son las creencias que el individuo juzga como centrales en su autoconcepto y su necesidad de controlar su apariencia; y "*Estereotipos*" que son las presunciones o estereotipos sobre lo que es atractivo o feo. Las puntuaciones del ASI presentan una consistencia interna de .79 para mujeres y una fiabilidad test-retest de .71 (Cash y Labarge, 1996).

Cuestionario adaptado de sucesos vitales. Este es un cuestionario cuyo objetivo es detectar eventos y experiencias importantes relacionadas con el cuerpo, que han sucedido en diferentes momentos vitales de la persona. El punto de partida es una de las tareas descriptivas propuestas por Cash (1991) en su programa de auto-ayuda para alteraciones de la imagen corporal. En él se les plantea a los individuos que describan cómo era su cuerpo y que situaciones o experiencias importantes asociadas a él, ocurrieron en diferentes etapas de su vida (antes de los 7 años, antes, durante y después de la pubertad, en el inicio de la etapa adulta y en el momento de realizar el cuestionario).

Para ajustarnos mejor a nuestro objeto de estudio estructuramos el cuestionario de manera que las respuestas fuesen cerradas. Respetamos los períodos de edad planteados por Cash, pero añadimos situaciones típicas asociadas a esa etapa para facilitar el

recuerdo (comienzo del colegio, primera comunión, primera adolescencia y juventud). De igual manera, describimos las experiencias relacionadas con el cuerpo que podían influir negativamente en la construcción de la imagen corporal. El modo de responder al cuestionario, por lo tanto resultó más sencillo y rápido, porque únicamente tenían que recordar si aquello que se describía les había sucedido en alguno de los momentos planteados.

Aunque es un cuestionario que sólo arroja datos cualitativos, establecimos un sistema de puntuación que nos permitiese reflejar en que medida esa persona se había visto influida por su imagen corporal en diferentes momentos de su vida. Por ello asignamos un punto a cada respuesta afirmativa “esto me ha sucedido”. La puntuación máxima posible era de 24 puntos. En el análisis de datos se reflejaron un total de cuatro puntuaciones: una global (número de situaciones que han sucedido a lo largo de la vida) y una para cada uno de las etapas vitales (situaciones de la infancia, preadolescencia, adolescencia y juventud).

2.3. Procedimiento.

A continuación explicamos el procedimiento de evaluación llevado a cabo para la cumplimentación del protocolo.

En el caso de las muestras clínicas, se comenzaba llamando individualmente por teléfono a cada una de las participantes y se concertaba una primera cita; en el caso de las participantes provenientes de la PG, se iban recabando secuencialmente en la sala de espera del Centro de Planificación Familiar. En esta primera cita a todas se les tomaban los datos personales, se les tallaba y medía y firmaban el consentimiento informado. Además, ese mismo día, se les realizaba una pequeña entrevista relacionada con los hábitos alimentarios y se les daba instrucciones verbales y por escrito de cómo cumplimentar los cuestionarios que se utilizaron en esta investigación. En todo momento tenían a su disposición dos teléfonos móviles donde consultar cualquier duda que pudiera

surgirles al respecto. A continuación se concertaba una segunda cita con el fin de recoger los cuestionarios un par de semanas después.

Todas las mujeres de las distintas muestras devolvían los cuestionarios y antes de marcharse se comprobaba que no había surgido ningún problema o había alguno sin responder.

3. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

En primer lugar se comprobó si existían diferencias entre los grupos de interés en las variables sociodemográficas (incluyendo el IMC). Como se observa en la Tabla 3, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en IMC y en edad

Tabla 3. Pruebas robustas de igualdad de las medias; ANOVA.

	Estadístico	Valor	gl1	gl2	Sig.
IMC	Brown-Forsythe	25,523	3	28,479	,0001
edad	F	4,185	3	77	,009

Con respecto al IMC, hay que recordar que el grupo que más peso tenía era el de obesas, manteniendo diferencias significativas con el resto de los grupos, incluido en el grupo de las personas con Atracciones (Games Howell, $p < 0,0001$). No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de restrictivas y PG. Con respecto a la edad, la única diferencia significativa fue entre obesas y atracones (Tukey, $p < 0,005$), siendo las obesas las de mayor edad.

Para analizar las diferencias entre los diferentes grupos en las variables de estudio y con el fin de tener un mejor control del error Tipo I, se realizó un Análisis de Varianza Multivariado (MANOVA) para cada uno de los cuestionarios administrados teniendo en cuenta: por un lado, el contraste multivariado, para analizar la contribución del efecto global de las escalas del instrumento; y por otro, los contrastes univariados, con el objetivo de analizar el peso de cada subescala a la varianza. Finalmente, en función de la prueba de Levene sobre la igualdad de las varianzas de error se aplicaron Pruebas Post-hoc de Tukey o de Games-Howel en función de si eran varianzas iguales o desiguales (Grimm y Yarnold, 1995).

En cada uno de los análisis, cuyo procedimiento se acaba de describir y que a continuación se pormenorizan, dado que se habían encontrado diferencias en edad e IMC, se realizaron en cada uno de estos análisis los ANCOVAS correspondientes introduciendo

la edad y el IMC como covariadas. No obstante, ya podemos adelantar que la influencia de tales variables no anuló en ningún caso las diferencias encontradas. A continuación se pasan a comentar los análisis pormenorizados en función de los bloques temáticos antes mencionados.

A. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

Inventario Breve de Síntomas (IBS):

El análisis multivariado de las variables del IBS entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,420; $F_{(21, 192,94)}: 3,238, p < 0,0001; \eta_p^2: 0,251$). La Tabla 3.1 muestra los resultados y la Figura 3.1 su representación gráfica. A continuación vamos a ver las pruebas post-hoc utilizadas para ver entre qué grupos las diferencias resultaban significativas en cada escala:

Depresión: el grupo de personas con atracones fue el que presentó más síntomas de depresión, resultando estas diferencias estadísticamente significativas tanto con el grupo PG como con el grupo de personas obesas (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,015$, respectivamente).

Ansiedad: El grupo PG fue el que menos síntomas de ansiedad presentó, pero tales diferencias sólo llegaron a ser estadísticamente significativas con el grupo de atracones (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$).

Tanto en la *Escala de Ideación paranoide*, como en la de *Obsesión compulsión*, en la de *Somatización* y en la de *Hostilidad*, fueron las personas con atracones quienes puntuaron más, y tales puntuaciones fueron estadísticamente diferentes de las del grupo PG (*post-hoc Tuckey* para la primera y *Games-Howell* $p < 0,0001$, para el resto).

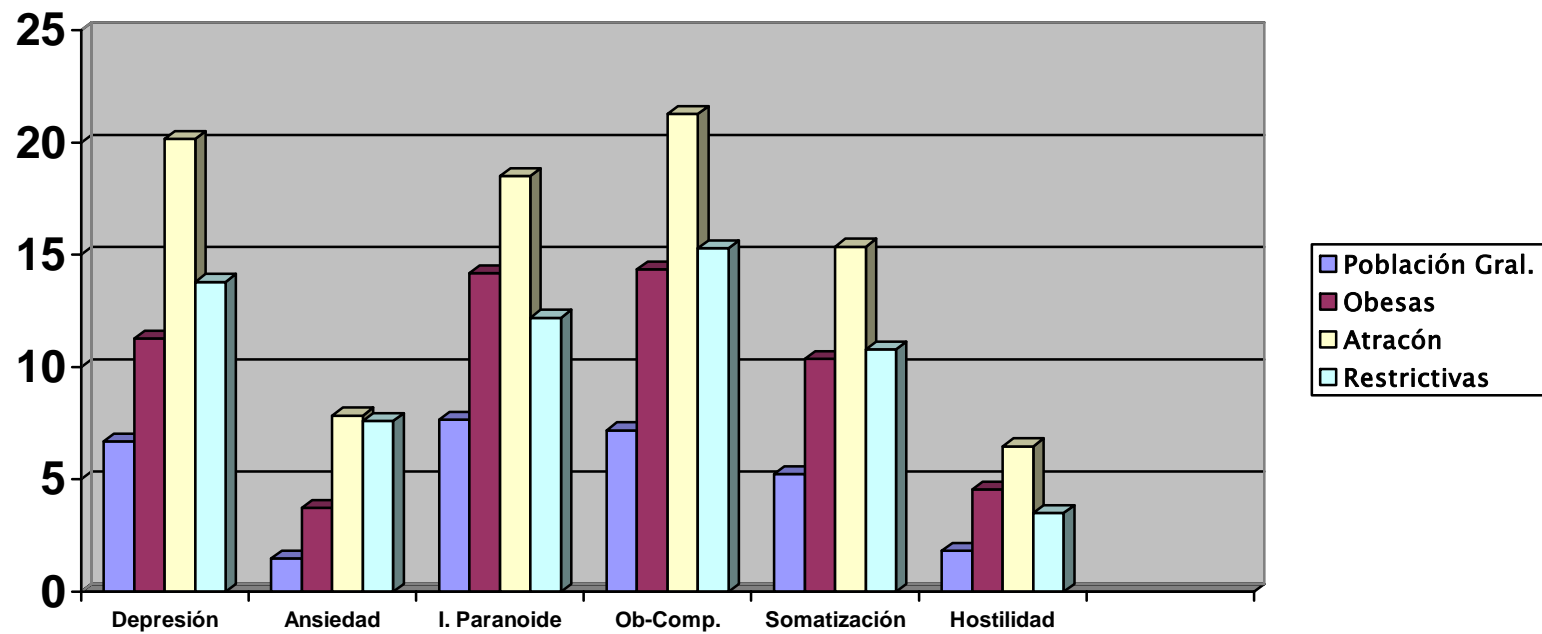
Escala total IBS: Las puntuaciones totales en la escala IBS fueron más bajas en el caso del grupo PG y tales diferencias llegaron a ser estadísticamente significativas tanto con el grupo de personas con atracones, como con el grupo de personas obesas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,029$, respectivamente).

Dada la importancia de la puntuación en depresión, y su importancia y relevancia teórica como causante e influyente en otras diferencias, se decidió, también incluirla como covariada en el resto de los análisis. Allá donde la influencia de la variable de depresión hizo variar los resultados, se realizarán los oportunos comentarios.

TABLA 3.1.– Medias y Desviaciones típicas -*M (DT)*– correspondientes a las subescalas del IBS (*Inventario Breve de síntomas*).

		Depresión	Ansiedad	Ideación Paranoide	Obsesión- compulsión	Somatización	Hostilidad	Puntuación Total
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	6,68 (6,83)	1,48 (2,08)	7,65 (7,07)	7,19 (7,26)	5,23 (5,06)	1,81 (1,47)	25,68 (25,54)
Obesas	11	11,27 (10,48)	3,73 (4,69)	14,18 (6,32)	14,36 (10,01)	10,36 (7,35)	4,55 (4,11)	61,27(33,77)
Atracón	25	20,16 (7,49)	7,84 (5,36)	18,52 (7,38)	21,28 (7,46)	15,36 (6,07)	6,48 (4,44)	94,68(30,58)
Restrictivas	10	13,8 (9,5)	7,6 (8,38)	12,2 (9,7)	15,3 (12,9)	10,8 (9,28)	3,5 (4,06)	67,6 (54,53)
Contraste Univariado		F _(3,73) : 13,32, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,354	F _(3,73) : 9,63, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,284	F _(3,73) : 10, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,291	F _(3,73) : 12,47, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,339	F _(3,73) : 11,75, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,326	F _(3,73) : 8,76, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,265	F _(3,73) : 20,305, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,455

Fig. 3.1. Medias correspondientes a las subescalas del IBS.



Nota: en la gráfica se ha prescindido de representar la puntuación en escala total porque desvirtúa las demás variables.

Big Five Questionnaire (BFQ).

El análisis multivariado de las variables seleccionadas del BFQ entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,453; $F_{(21, 172,84)}$: 2,617, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,232). En la Tabla 3.2 mostramos resultados concretos y en la figura 3.2 su representación gráfica.

Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Escala control de emociones: el grupo que puntuó más bajo en control de emociones fue la muestra de personas con atracones, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG que fue el que más puntuó (*post-hoc Tuckey* $p < 0,002$).

Escala control de impulsos: el grupo que puntuó más bajo en control de impulsos, de nuevo fue el grupo de personas con atracones, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto a los grupo PG y obesas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,029$, respectivamente).

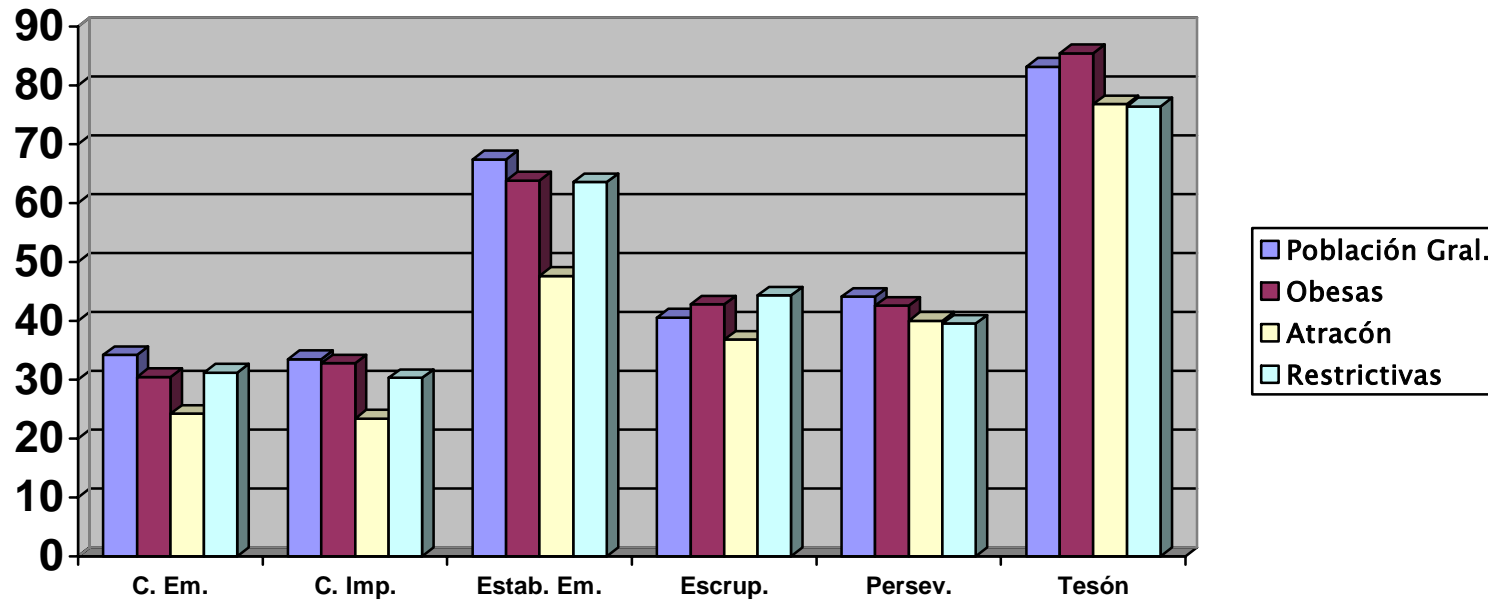
Escala Estabilidad Emocional: de nuevo, las personas con atracones presentaron una menor estabilidad emocional, presentando diferencias estadísticamente significativas tanto con las PG, como con las obesas y las restrictivas (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$, $p < 0,019$ y $p < 0,016$, respectivamente).

Ni para la *Escala escrupulosidad*, ni para la de *perseverancia*, ni en la de *tesón* la prueba de los efectos inter-sujetos fue significativa. La introducción de la variable de depresión como covariada no alteró la significación de las diferencias.

TABLA 3.2.- Medias y Desviaciones típicas -*M (DT)*- correspondientes a las subescalas del BFQ (*Big Five Questionnaire*)

		Control de emociones	Control de impulsos	Estabilidad emocional	Escrupulosidad	Perseverancia	Tesón
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	34,19 (8,92)	33,5 (6,08)	67,37(12,94)	40,56 (7,96)	44,06 (8,56)	83,13(16,93)
Obesas	11	30,44 (8,92)	32,78 (7,8)	63,78(14,11)	42,78 (9,53)	42,56 (8,13)	85,44 (12,74)
Atracón	25	24,21 (7,38)	23,37 (4,7)	47,58 (9,38)	36,79 (8,11)	40 (7,94)	76,79 (12,66)
Restrictivas	10	31,2 (12,23)	30,3(12,18)	63,5 (19,24)	44,3 (9,21)	39,5 (6,8)	76,4 (12,65)
<i>Contraste Univariado</i>		F _(3,66) : 4,83, <i>p</i> <0,004; η_p^2 : 0,18	F _(3,66) : 8,46, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,278	F _(3,66) : 9,13, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,293	n.s.	n.s.	n.s.

Fig. 3.2. Medias correspondientes a las subescalas del BFQ.



B. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR PSICOPATOLOGÍA ALIMENTARIA.

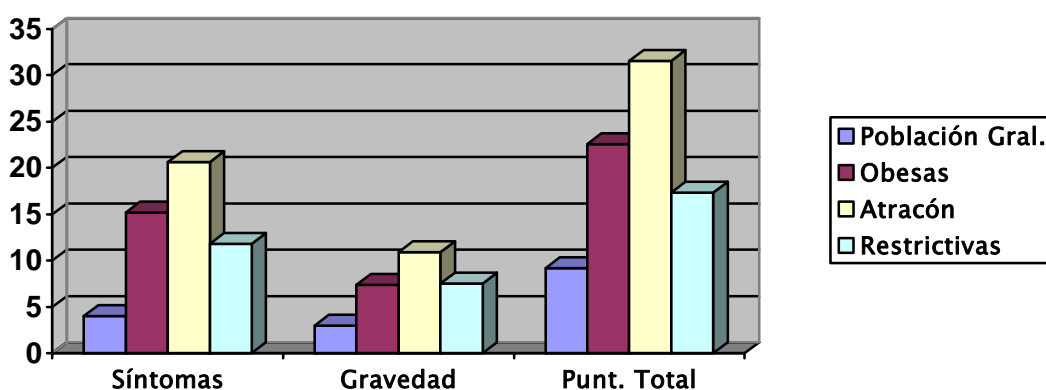
BITE: Cuestionario Edimburgo para la investigación en bulimia.

En la Tabla 3.3 y en la figura 3. 3 se muestran los resultados de los grupos analizados en función del BITE. El contraste multivariado de este instrumento resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,219; $F_{(72, 3)}$: 85,55, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,781).

TABLA 3.3. Medias y Desviaciones típicas –*M (DT)*– correspondientes a las subescalas del BITE.

<i>Grupos.</i>	<i>N</i>	Síntomas		Gravedad		Puntuación total	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>
PG	32	4,03	5,43	2,97	3,19	9,19	14,36
Obesas	11	15,18	9,03	7,36	4,63	22,55	11,89
Atracón	25	20,64	6,26	10,88	5,47	31,52	9,32
Restrictiva	10	11,8	8,31	7,5	6,06	17,3	12,31
<i>Contraste Univariado</i>		F (3,74): 30,04, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,549		F (3,74): 13,96, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,361		F (3,74): 15,69, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,389	

Fig. 3.3. Medias correspondientes a las subescalas del BITE.



Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Escala síntomas: los grupos que presentaron mayores puntuaciones en la escala de síntomas bulímicos fueron las personas con atracones y las obesas, presentando

diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,01$, respectivamente). El grupo de personas con atracones también presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra de personas restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,041$).

Escala gravedad: el grupo que obtuvo puntuaciones más altas en la escala de gravedad fue el de personas con atracones, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$).

Puntuación global: los grupos cuya puntuación global en el BITE fue más alta fueron las muestras de personas con atracones y las obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra PG (*post-hoc Tukey* $p < 0,0001$ y $p < 0,014$, respectivamente). El grupo de personas con atracones también presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra de personas restrictivas (*post-hoc Tukey* $p < 0,015$).

La introducción de la variable de depresión como covariada no alteró la significación de las diferencias.

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI).

El análisis multivariado de las variables seleccionadas del EDI entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,164; $F_{(33, 183,37)}: 4,701$, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,452$). Por otra parte, el análisis univariado indicó que todas las escalas resultaron significativamente distintas en los grupos, como se muestra en la Tabla 3.4 y en la Figura 3.4.

Las pruebas *post-hoc* utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Escala de impulso a adelgazar: Los grupos con mayor tendencia y necesidad de adelgazar fueron las muestras de personas con atracones y las obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Tukey* $p < 0,0001$ y $p < 0,02$, respectivamente).

En la *Escala de Bulimia*, en *Ascetismo*, en *Impulsividad* y en *Ausencia de Consciencia Interoceptiva* son las personas con atracones las que más puntuaron, diferenciándose significativamente del resto de grupos (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$, para todos en la primera escala; rango de $p < 0,014$ – $p < 0,0001$ para la segunda; y rango de $p < 0,028$ – $p < 0,0001$ para la tercera; *post-hoc Tukey* rango de significación de $p < 0,030$ – $p < 0,0001$).

Escala de Insatisfacción corporal: Las menos insatisfechas con su cuerpo fueron el grupo PG con respecto al resto de grupos (*post-hoc Games-Howell* con un rango de significación de $p < 0,031$ – $p < 0,0001$).

Escala de perfeccionismo: el grupo que significativamente puntuó más alto en perfeccionismo fue, de nuevo, el grupo de personas con atracones, diferenciándose significativamente del grupo PG y del grupo de obesas (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,48$, respectivamente).

Escala de Desconfianza: los grupos que presentaron más desconfianza interpersonal fueron los grupos de personas con atracones y las restrictivas, alcanzado sólo la significación con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,001$ y $p < 0,005$, respectivamente). Sin embargo, el nivel de diferencias con respecto a la muestra de obesas no alcanzó la significación.

Escala de Miedo madurez: Las que más puntuaron fueron, de nuevo, las personas con atracones, encontrándose diferencias significativas entre éstas y el grupo PG y las restrictivas, (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,005$, respectivamente).

Por lo que se refiere a las escalas de *Ineficacia* y de *Inseguridad Social* la muestra de personas con atracones es la que más puntuó en ambas, diferenciándose significativamente del grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ para las dos escalas). Sin embargo, cuando se introduce la variable depresión como covariada las diferencias dejan de ser estadísticamente significativas (ineficacia, $F: 0,91$, $p < 0,91$; inseguridad social, $F: 0,16$, $p < 0,19$), por lo que se puede concluir que las diferencias encontradas se debían más a la influencia de la sintomatología depresiva que por sí mismas.

EDI total: El grupo PG fue el que menos puntuó en la escala total del EDI, obteniendo diferencias significativas con respecto al resto de grupos (*post-hoc Tuckey* con un rango

de significación de $p < 0,012$ – $p < 0,0001$). Por otra parte, el grupo que obtuvo mayor puntuación en la *escala total del EDI* fue el de las personas con atracones, estas diferencias fueron significativas con los demás grupos (*post-hoc Tuckey*, rango de significación de $p < 0,004$ – $p < 0,0001$). Las restrictivas y las obesas puntuaron de manera similar y no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

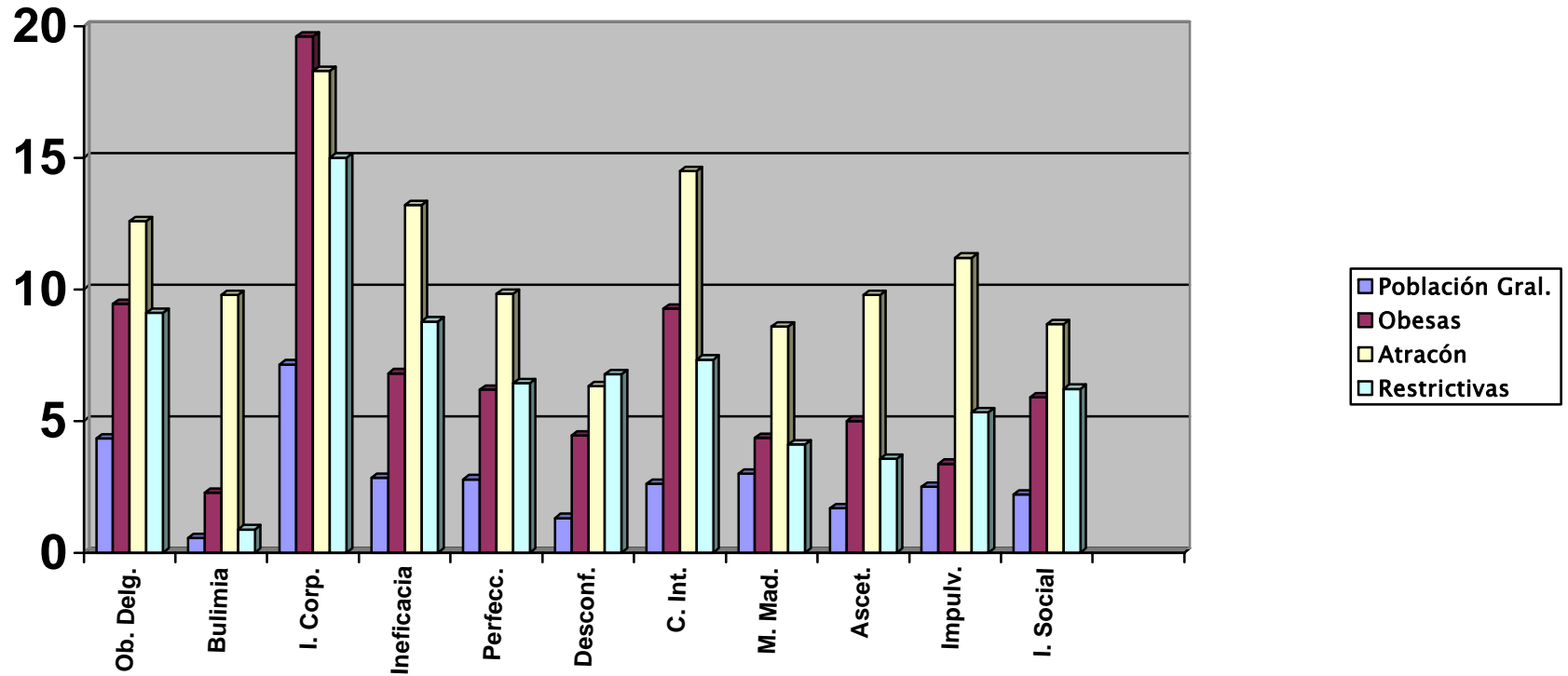
TABLA 3.4. Medias y Desviaciones típicas –*M(DT)*– correspondientes a las subescalas del EDI (*Eating Disorder Inventory*).

		Obsesión delgadez	Bulimia	Insatisfacc. corporal	Ineficacia	Perfeccionis.	Desconf.	Consciencia Interocept.	Miedo a la Madurez	Ascetismo	Impulsiv.	Inseguridad Social	Puntuac. Total
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	4,34 (4,98)	,56 (2,5)	7,15 (6,63)	2,84 (5,4)	2,78 (3,46)	1,31 (2,17)	2,62 (4,45)	3,00 (3,51)	1,69 (2,08)	2,5 (4,74)	2,21 (3,43)	31 (33,53)
Obesas	11	9,45 (4,67)	2,27(2,65)	19,6 (6,97)	6,81 (7,77)	6,18 (2,86)	4,45 (3,77)	9,27 (6,47)	4,36 (3,93)	5,00 (3,71)	3,37 (4,76)	5,9 (5,41)	76,8 (34,4)
Atracón	25	12,6 (4,57)	9,79(6,04)	18,3 (7,11)	13,2 (8,31)	9,83 (4,4)	6,33 (5,27)	14,5 (5,06)	8,58 (5,12)	9,79 (4,3)	11,2 (5,47)	8,67 (5,22)	122,9(35,8)
Restrict	10	9,11 (5,71)	,88 (.928)	15 (10,72)	8,78 (7,19)	6,44 (4,12)	6,77 (3,45)	7,33 (5,43)	4,11 (1,9)	3,56 (2,69)	5,33 (6,73)	6,22 (4,63)	73,55(44,3)
Contraste Univariado		F _(3,72) :13,5, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,360	F _(3,72) :28,6, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,539	F _(3,72) :13,9, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,367	F _(3,72) :10,4, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,302	F _(3,72) :15,9, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,399	F _(3,72) :10,18, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,298	F _(3,72) :25,32, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,513	F _(3,72) :9,19, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,277	F _(3,72) :29,19, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,549	F _(3,72) :13,45, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,359	F _(3,72) :9,68, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,287	F _(3,72) :30,31, <i>p</i> <0,0001; η_p^2 : 0,558



El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.4. Medias correspondientes a las subescalas del EDI.



Nota: en la gráfica se ha prescindido de representar la puntuación en escala total porque desvirtua las demás variables.

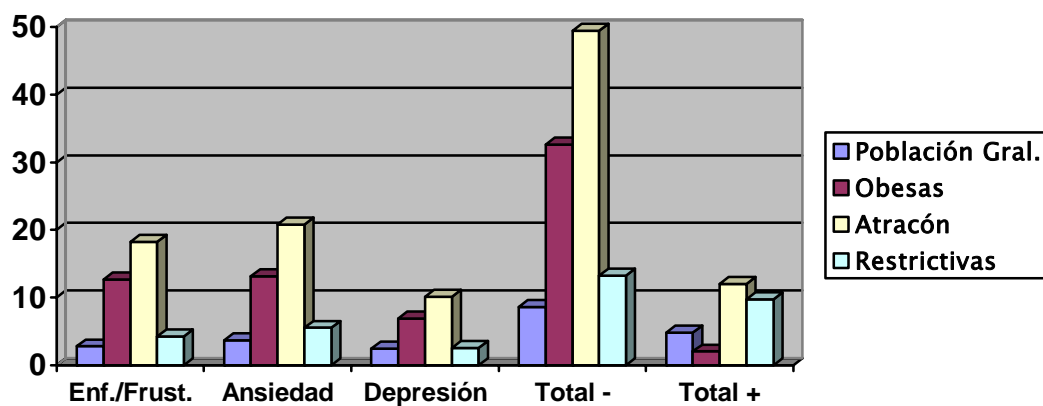
ECE: Escala de comer emocional.

En la Tabla 3.5 y en la Figura 3.5 se muestran los resultados de los grupos analizados en función del ECE. El contraste multivariado de este instrumento resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,391; $F_{(15, 190,88)}$: 5,16, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,269).

TABLA 3.5. Medias y Desviaciones típicas –M(DT)– correspondientes a las subescalas del ECE (Escala de comer emocional)

Grupos.	N	Enfado/ Frustración		Ansiedad		Depresión		Total sentim. negativos		Total sentim. positivos	
		M	DT	M	DT.	M	DT.	M	DT	M	DT
PG	32	2,75	5,06	3,66	5,36	2,43	3,69	8,59	11,77	4,78	7,88
Obesas	11	12,64	10,23	13,09	10,67	6,9	5,43	32,64	25,06	2	4,56
Atracón	24	18,25	11,8	20,79	8,43	10,08	3,93	49,46	22,24	11,96	18,27
Restrictivas	10	4,2	5,92	5,5	4,99	2,5	3,1	13,2	14,28	9,7	9,15
Contraste Univariado		F (3,73): 16,69, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,407		F (3,73): 27,31, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,529		F (3,73): 19,23, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,441		F (3,73): 25,57, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,512		n.s.	

Fig. 3.5. Medias correspondientes a las subescalas del ECE.



Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

En todas las escalas que evalúan la tendencia a comer asociada a emociones negativas (*enfado-frustración, ansiedad, depresión* y en la *Escala total de sentimientos negativos*) los grupos con puntuaciones más altas fueron las personas con atracones y las obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-*

hoc Games-Howell $p < 0,0001$ y $p < 0,042$ para la primera escala; *post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ en la segunda; *post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,01$ para la tercera; y *post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,043$ para la cuarta,). El grupo de personas con atracones también presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra de personas restrictivas en estas mismas escalas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$, para la primera, la segunda y la cuarta escala; y *post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ para la tercera escala).

Escala total de sentimientos positivos: Las personas con atracones fueron, de nuevo, el grupo con mayor tendencia a comer asociado a emociones positivas en general, seguidas de las restrictivas, y dejando a las obesas incluso más detrás que las controles. Sin embargo las diferencias no resultaron significativas en ningún caso.

La introducción de la variable de depresión como covariada no alteró la significación de las diferencias.

Food Craving Questionnaire (Fcq).

El análisis multivariado de las variables FCQ entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,251; $F_{(27, 193,4)}: 4,34$, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,369$). En la tabla 3.6 y en la figura 3.6 se muestran los datos concretos.

Las pruebas *post-hoc* utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron que:

El grupo de personas con atracones puntuó significativamente más que el grupo PG en las escalas “*Intención consumir comida*” (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$), “*Anticipación de alivio de sentimientos negativos*” (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$), “*Preocupación por la comida*” (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$) y en “*anticipación de refuerzo positivo*” (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$). Sin embargo en este último factor hay que indicar que cuando la variable depresión se introduce como covariada, las diferencias dejan de ser significativas en “*anticipación de refuerzo positivo*” ($F: 2,47$; $p < 0,07$).

En la *Escala de pérdida de control comer*, en la *Escala culpabilidad* y en *FCQ total* los grupos que obtuvieron puntuaciones mayores fueron las personas con atracones y las

obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Tuckey entre* $p < 0,0001$ y $p < 0,003$ para las dos primeras y *post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,037$ para la tercera). El grupo de personas con atracones también presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la muestra de personas restrictivas en estas tres escalas (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,028$ para la primera y la segunda, y *post-hoc Games-Howell* $p < 0,026$ para la tercera).

Tanto en la *Escala ansia* y en la *Escala señales desencadenantes* el grupo que obtuvo puntuaciones más altas fue el de personas con atracones, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y *post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$, respectivamente) y con respecto a las personas restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,03$ y *post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$, respectivamente).

Los grupos que presentaron más emociones expresadas comiendo ("*Escala emociones expresadas comiendo*") fueron las muestras de personas con atracones y las obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,001$, respectivamente) y a la muestra de personas restrictivas (*post-hoc Tuckey* $p < 0,0001$ y $p < 0,029$, respectivamente).

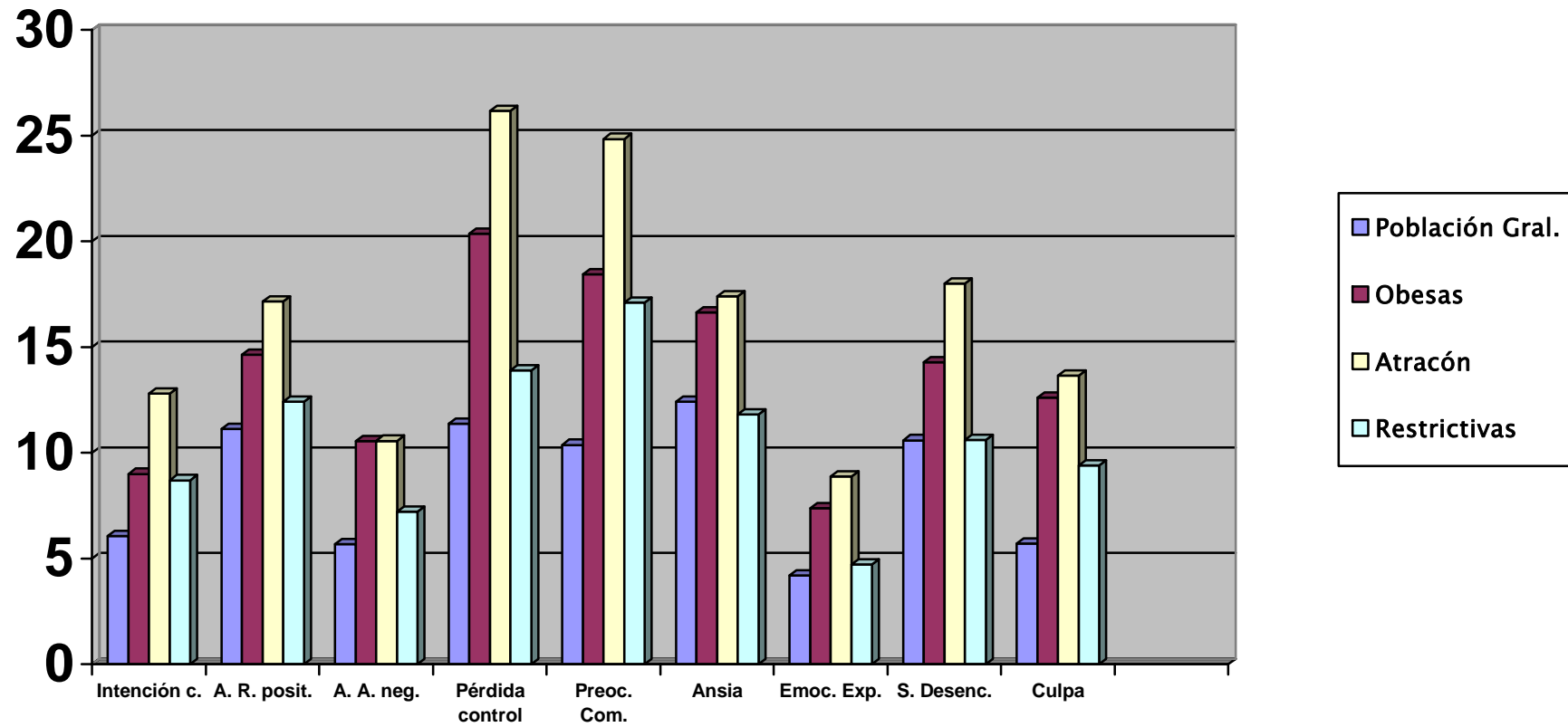
TABLA 3.6. Medias y Desviaciones típicas –*M (DT)*– correspondientes a las subescalas del FCQ (*Food Craving Questionnaire*).

		Intención consumir	Anticipac. refuerzo positivo	Anticipac. alivio sent. negativos	Pérdida control comer	Preocupac. comida	Ansia	Emociones expresadas comiendo	Señales desenc. ansia	Culpa	Total FCQ
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	6,06 (2,82)	11,12(3,37)	5,65 (2,18)	11,38 (6,04)	10,37(4,58)	12,41(2,57)	4,25 (1,67)	10,59(3,58)	5,68 (3,08)	77,53(23,9)
Obesas	11	9,00 (4,47)	14,63(6,77)	10,55 (5,52)	20,36 (9,22)	18,46(9,73)	16,64(4,86)	7,36 (2,94)	14,27 (4,9)	12,64(5,64)	123,9(43,8)
Atracón	25	12,8 (4,27)	17,16(5,06)	10,56 (4,12)	26,16 (7,09)	24,84(8,46)	17,4 (4,51)	8,88 (1,93)	18 (4,38)	13,64(3,88)	149,4(33,3)
Restrictivas	10	8,7 (4,62)	12,4 (6,85)	7,2 (4,31)	13,9 (8,48)	17,1(10,61)	11,8 (4,94)	4,7 (2,98)	10,6 (4,17)	9,4 (4,55)	95,8(46,73)
<i>Contraste Univariado</i>		F _(3,74) : 14,63, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,372	F _(3,74) : 7,17, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,225	F _(3,74) : 9,88, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,288	F _(3,74) : 21,17, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,462	F _(3,74) :16,89, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,406	F _(3,74) :10,14, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,291	F _(3,74) :24,47, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,498	F _(3,74) : 16,6, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,402	F _(3,74) :21,22, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,462	F _(3,74) :22,04, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,472



El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.6. Medias correspondientes a las subescalas del FCQ



Nota: en la gráfica se ha prescindido de representar la puntuación en escala total porque desvirtua las demás variables.

Medida de situaciones de riesgo de comer (Situational Appetite Measure) (SAM).

En la Tabla 3.7 se muestran los resultados de los grupos analizados en función del SAM y en la figura 3.7 su representación gráfica. El contraste multivariado de este instrumento resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,457; $F_{(15, 190,88)}$: 4,17, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,230).

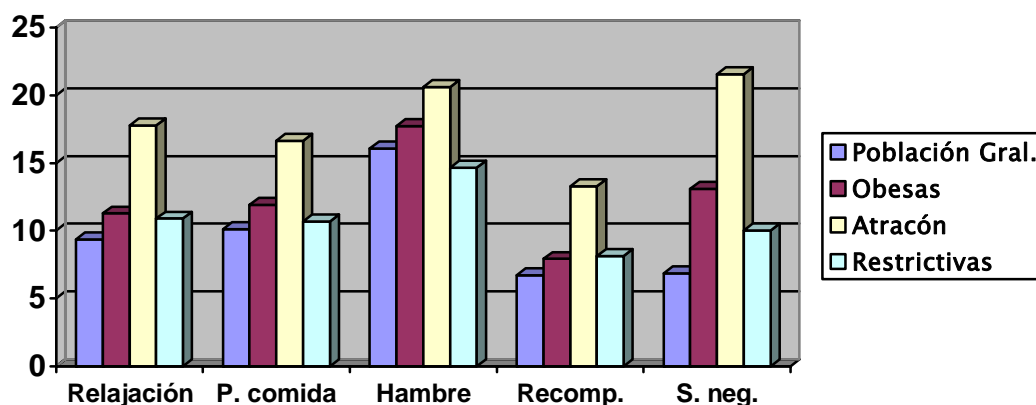
TABLA 3.7. Medias y Desviaciones típicas *-M(DT)-* correspondientes a las subescalas del SAM (Situational Appetite Measure).

Grupos.	N	Relajación		Presencia comida		Hambre		Recompensa		Sentim. negativos	
		M	DT	M	DT.	M	DT.	M	DT	M	DT
PG	32	9,37	5,22	10,12	5,03	16,09	7,62	6,7	4,42	6,84	5,11
Obesas	11	11,27	5,68	11,91	6,36	17,73	6,53	7,91	5,05	13,09	7,23
Atracón	25	17,76	6,39	16,64	5,91	20,6	7,35	13,28	7,65	21,56	8,44
Restrictivas	10	10,89	2,61	10,67	3,08	14,67	6,88	8,11	2,31	10	5,7
Contraste Univariado		F (3,15): 11,51, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,321		F (3,15): 7,43, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,234		n.s.		F (3,15): 6,77, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,218		F (3,15): 23,03, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,486	



El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.7. Medias correspondientes a las subescalas del SAM.



Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Relajación: El grupo de personas con atracones fue el que significativamente presentó más urgencia por comer en situaciones de “relax” en comparación con el resto de los grupos comparados y estas diferencias fueron significativas (*post-hoc Tukey* ($p < 0,01 - p < 0,0001$)).

Presencia de comida: El grupo que más puntuó en urgencia de comer cuando la comida se encuentra presente fueron de nuevo las personas con atracones, diferencias que fueron significativas tanto con el grupo PG como con la muestra de personas restrictivas (*post-hoc Tukey* $p < 0,0001$ y $p < 0,028$, respectivamente).

Hambre: La prueba de los efectos inter-sujetos no es significativa en esta escala.

Recompensa: El grupo personas con atracones fue, de nuevo, el que más urgencia por comer presentó como auto-refuerzo y las diferencias fueron estadísticamente significativas tanto con el grupo PG como con la muestra de personas restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,003$ y $p < 0,024$, respectivamente). Sin embargo hay que indicar, que al introducir la variable de depresión como covariada, los diferencias dejaron de ser significativas ($F: 1,57; p < 0,21$).

Sentimientos Negativos: El grupo de personas con atracones fue el que más urgencia presentó como consecuencia de experimentar un estado de ánimo disfórico en comparación con el resto de grupos (*post-hoc Games-Howell*) ($p < 0,026 - p < 0,0001$).

Adaptación de la Escala de Trastornos alimentarios Yale-Brown-Cornell (YBC-EDS).

El análisis multivariado de las variables YBC entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* $\lambda 0,125$; $F_{(57, 164,81)}: 2,91, p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,5$). En las Tablas 3.8.1 y 3.8.2 mostramos resultados concretos de las puntuaciones en las subescalas, y en la Figura 3.8 su representación gráfica.

Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron que:

En la *Escala de Preocupación por la comida* los grupos que puntuaron más alto fueron las muestras de personas con atracones y las restrictivas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* ($p < 0,001 - p < 0,0001$) y ($p < 0,048 - p < 0,029$).

Preocupación por comer: El grupo personas restrictivas fue el que más preocupaciones por comer presentó y las diferencias fueron estadísticamente significativas con al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$).

En la *Escala de Preocupación por el peso* y en la de *Rituales para atracarse* los grupos que presentaron puntuaciones mayores fueron las personas con atracones y las obesas, presentando diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ en ambos casos para la primera escala; *post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,011$, respectivamente, en la segunda escala).

Preocupación por la talla y la apariencia: El grupo personas con atracones fue el que puntuó más alto en preocupaciones asociadas a la talla y la apariencia y estas diferencias fueron estadísticamente significativas tanto con respecto al grupo PG como con la muestra de personas obesas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,040$, respectivamente). Sin embargo, al controlar la variable de depresión, las diferencias dejaron de ser significativas entre los grupos ($F: 1,4, p < 0,24$).

Preocupación por la ropa: El grupo PG fue el que menos preocupaciones por la ropa presentó en comparación con el resto de grupos (*post-hoc Tuckey* ($p < 0,029 - p < 0,0001$).

Preocupación por acumular comida: El grupo PG fue el grupo que menos puntuó en preocupaciones por acumular comida pero las diferencias solo resultaron significativas en comparación con las personas con atracones (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,036$). Estas diferencias se anularon al introducir la depresión como covariada ($F: 0,67, p < 0,57$).

Preocupación por el ejercicio: en esta escala no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

En cuanto a la *Escala de Rituales comiendo* y la de *Rituales con comida* el grupo de restrictivas fue el que presentó más rituales comiendo, pero las diferencias sólo resultaron significativas en comparación con el grupo PG (*post-hoc Games-Howell*

$p < 0,003$, para ambas). No obstante, en el caso de “Rituales con comida”, al controlarse la variable depresión, las diferencias dejaron de ser significativas ($F: 2,29, p < 0,08$).

Rituales para purgarse: El grupo de personas con atracones fue el que más rituales a la hora de purgarse presentó en comparación con el resto de grupos (*post-hoc Games-Howell*) ($p < 0,026 - p < 0,0001$).

Rituales somáticos: El grupo de personas restrictivas fue el que presentó más rituales somáticos, seguidos del grupo de personas con atracones. Pero hablando de diferencias significativas, nos encontramos que es el grupo de las personas con atracones el único que se diferencia tanto del grupo PG como del grupo de obesas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,001$ en ambas).

En la *Escala de Rituales de ejercicio*, y en la de *Rituales de hacer listas* fueron las restrictivas el grupo que presentó más puntuación, seguidas del grupo de personas con atracones. Al controlar la variable depresión, las diferencias en Rituales de hacer listas desaparecieron ($F: 2,36, p < 0,07$).

En las escalas *Rituales de peso*: y *Rituales de acumulación*, las pruebas de los efectos inter-sujetos no fueron significativos.

TABLA 3.8.1. Medias y Desviaciones típicas –M (DT)– correspondientes a las subescalas de Preocupaciones del YBC–EDS Escala de Trastornos alimentarios Yale–Brown–Cornell.

		Preocupac. Por comida	Preocupac. Por comer	Preocupac. Por peso	Preocupac. Talla y apariciencia.	Preocupac. Por ropa	Preocupac. Acumular comida	Preocupac. ejercicio
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	4,66 (3,65)	3,56 (4,28)	3,41 (2,66)	3,19 (2,79)	2,59 (2,61)	,38 (,98)	1,75 (1,41)
Obesas	11	8,45 (5,48)	7,36 (5,18)	6,82 (1,78)	4,82 (2,04)	7,64 (2,91)	1,18 (1,66)	1,91 (1,37)
Atracón	25	11,04(5,95)	10,63 (6,19)	7 (1,77)	6,88 (1,48)	7,5 (2,86)	1,42 (1,59)	2,21 (1,25)
Restrictivas	10	11,9 (6,54)	11,2 (7,94)	6 (3,09)	5,1 (3,31)	5,7 (4,5)	,7 1,49)	2,6 (1,17)
Contraste Univariado		$F_{(3,57)}: 9,32,$ $p<0,000;$ $\eta^2: 0,277$	$F_{(3,57)}:9,203,$ $p<0,000;$ $\eta^2: 0,274$	$F_{(3,57)}:12,73,$ $p<0,000;$ $\eta^2: 0,343$	$F_{(3,57)}:10,56,$ $p<0,000;$ $\eta^2: 0,303$	$F_{(3,57)}:15,04,$ $p<0,000;$ $\eta^2: 0,382$	$F_{(3,57)}:2,95,$ $p<0,038;$ $\eta^2: 0,108$	n. s.



El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

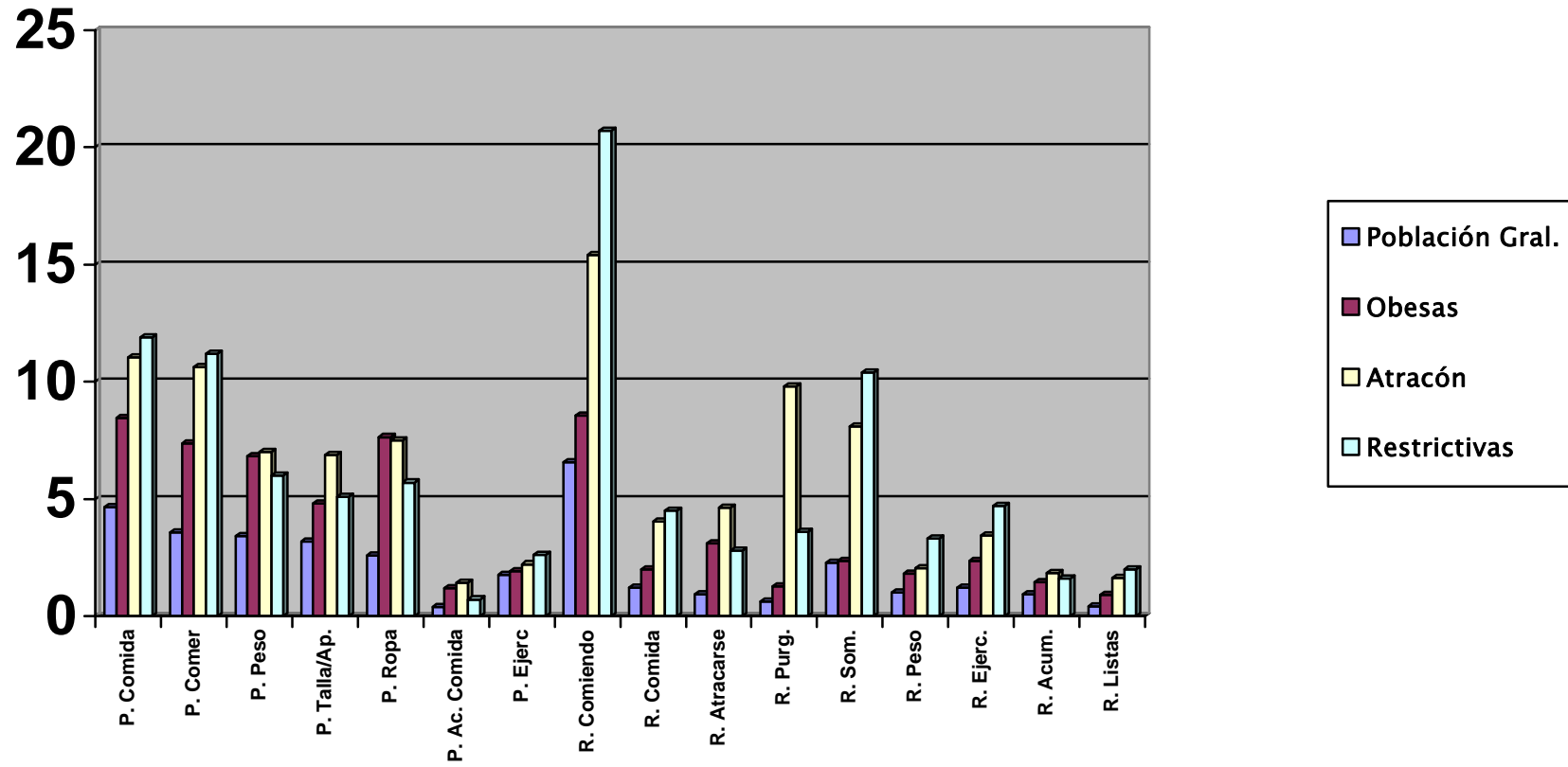
TABLA 3.8.2. Medias y Desviaciones típicas –M (DT)– correspondientes a las subescalas de Rituales del YBC–EDS Escala de Trastornos alimentarios Yale–Brown–Cornell.

		Rituales comiendo	Rituales con comida	Rituales para atracarse	Rituales para purgarse	Rituales somáticos	Rituales de peso	Rituales de ejercicio	Rituales de acumulac.	Rituales de hacer listas
<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>
PG	32	6,56 (5,58)	1,21 (1,91)	,94 (1,44)	,63 (1,43)	2,28 (5,44)	1 (1,34)	1,22 (1,83)	,94 (1,19)	,41 (,71)
Obesas	11	8,55 (6,39)	2 (1,78)	3,09 (1,76)	1,27 (1,49)	2,36 (2,87)	1,81 (2,18)	2,36 (3,5)	1,45 (1,81)	,91 (1,45)
Atracón	25	15,42(10,2)	4,04 (3,29)	4,63 (3,28)	9,8 (5,82)	8,08 (5,37)	2,04 (2,54)	3,45 (3,61)	1,83 (1,79)	1,63 (2,03)
Restric.	10	20,7 (15,3)	4,5 (4,72)	2,8 (2,53)	3,6 (4,53)	10,4 (8,9)	3,3 (2,71)	4,7 (5,52)	1,6 (1,77)	2 (2,45)
<i>Contraste Univariado</i>		F _(3,57) :8,6, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,261	F _(3,57) :6,17, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,202	F _(3,57) :11,55, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,322	F _(3,57) :29,03, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,544	F _(3,57) : 8,5, <i>p</i> <0,000; η_p^2 : 0,259	n.s.	F _(3,57) :3,74, <i>p</i> <0,015; η_p^2 : 0,133	n. s.	F _(3,57) :3,98, <i>p</i> <0,011; η_p^2 : 0,14



El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.8. Medias correspondientes a las subescalas del YBC-EDS



C. INSTRUMENTOS DESTINADOS A EVALUAR LA IMAGEN CORPORAL.

Escala de Estima Corporal (The Body Esteem Scale): BES.

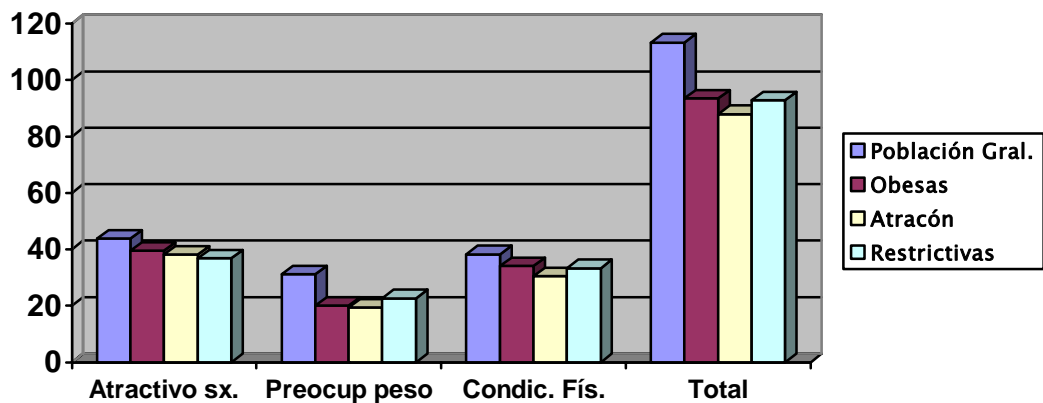
En la Tabla 3.9 y en la Figura 3.9 se muestran los resultados de los grupos analizados en función del BES. El contraste multivariado de este instrumento resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,662; $F_{(9, 172,95)}$: 3,55, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,128).

TABLA 3.9. Medias y Desviaciones típicas –M(DT)– correspondientes a las subescalas del BES (The Body Esteem Scale).

Grupos.	N	Atractivo físico/sexual		Preocupación peso		Condición física		Puntuación Total	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
PG	32	43,81	5,85	31,16	8,58	38,25	11	113,22	21,68
Obesas	11	39,45	3,8	20	7,09	34	10,11	93,45	16,99
Atracón	25	38,12	8,18	19,33	9,43	30,42	13,14	87,87	24,6
Restrictivas	10	36,8	7,45	22,6	10,13	33,3	9,21	92,7	22,83
Contraste Univariado		F (3,73): 4,81, $p < 0,004$; η_p^2 : 0,165		F (3,73): 9,78, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,287		N. S.		F (3,73): 6,83, $p < 0,0001$; η_p^2 : 0,219	

El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias.

Fig. 3.9. Medias correspondientes a las subescalas del BES.



Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Atractivo sexual/físico: El grupo que puntuó más alto en atractivo sexual y físico fue el grupo PG, siendo esta diferencia significativa con respecto a todos los grupos (*post-hoc Games-Howell*) ($p < 0,030$ – $p < 0,026$), a excepción del grupo de restrictivas. Sin embargo, al controlar como covariada la variable depresión, las diferencias dejaron de ser significativas ($F: 1,65, p < 0,18$).

Preocupación por el peso: De nuevo, el grupo que obtuvo puntuaciones más altas (es decir, más satisfacción) fue el grupo PG, siendo esta diferencia significativa con respecto a todos los grupos (*post-hoc Tuckey*) ($p < 0,046$ – $p < 0,0001$).

Condición física: La prueba de los efectos inter-sujetos no es significativa para esta escala del BES.

Puntuación total BES: La puntuaciones generales más bajas en el BES fueron para el grupo de personas con atracones. Sin embargo solo para el grupo PG esas diferencias resultaron significativas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$).

Inventario de Esquemas de Apariencia (ASI).

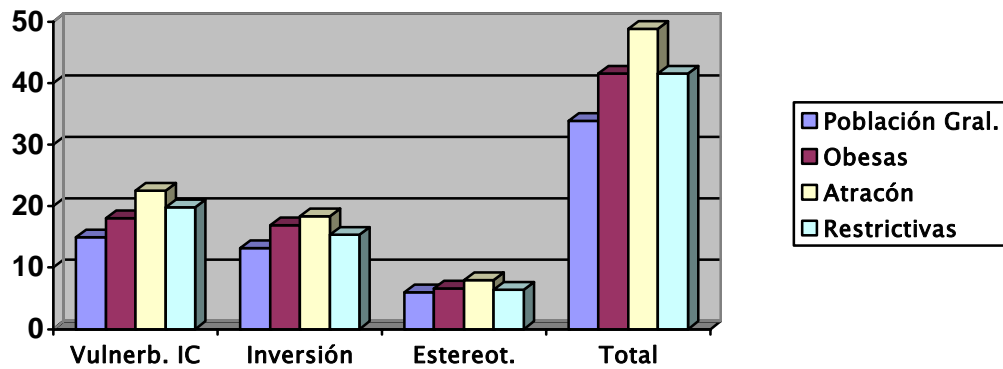
El análisis multivariado de las puntuaciones del ASI entre los distintos grupos resultó significativo (*Lambda de Wilks* λ 0,659; $F_{(9, 172,95)}: 3,59, p < 0,0001; \eta_p^2: 0,130$). En la Tabla 3.10 se muestran resultados específicos de las puntuaciones de los grupos en las distintas variables de la escala, y en la Figura 3.10 presentamos su representación gráfica.

TABLA 3.10. Medias y Desviaciones típicas –*M(DT)*– del ASI.

<i>Grupos.</i>	<i>N</i>	Vulnerabilidad IC		'Inversión'		Estereotipos		ASI Total	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
PG	32	14,94	5,47	13,1	4,78	6	2,46	33,97	11,75
Obesas	11	18	5,22	16,91	5,82	6,64	2,25	41,55	12,17
Atracón	25	22,5	4,77	18,38	4,17	7,96	3,08	48,83	9,46
Restrictivas	10	19,8	6,2	15,3	3,88	6,4	3,27	41,5	11,63
<i>Contraste Univariado</i>		F (3,73): 9,5, $p < 0,0001;$ $\eta_p^2: 0,281$		F (3,73): 6,37, $p < 0,0001;$ $\eta_p^2: 0,208$		N. S.		F (3,73): 8,26, $p < 0,0001;$ $\eta_p^2: 0,252$	

El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.10. Medias correspondientes a las subescalas del ASI.



Las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Vulnerabilidad IC: El grupo de personas con atracones fue el que más puntuación obtuvo siendo estas diferencias significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Tukey* $p < 0,0001$).

“Inversión en el self”: De nuevo el grupo de personas con atracones fue el que más puntuación obtuvo en esta subescala, manteniendo diferencias significativas (*post-hoc Tukey*) con el grupo PG ($p < 0,0001$).

Estereotipos: en esta escala no hubieron diferencias entre los grupos en las afirmaciones con respecto a lo que significa bello o poco atractivo.

Puntuación total ASI: El grupo de personas con atracones fue el grupo con mayor puntuación en el ASI, diferencias que fueron estadísticamente significativas con respecto al grupo PG (*post-hoc Tukey* $p < 0,0001$).

Sin embargo, al introducir la variable de depresión como covariada, todas las diferencias perdieron su significación (vulnerabilidad: $F: 2,09$, $p < 0,35$; inversión: $F: 1,04$, $p < 0,36$; Total: $F: 0,70$, $p < 0,50$).

Cuestionario Adaptado de Sucesos Vitales.

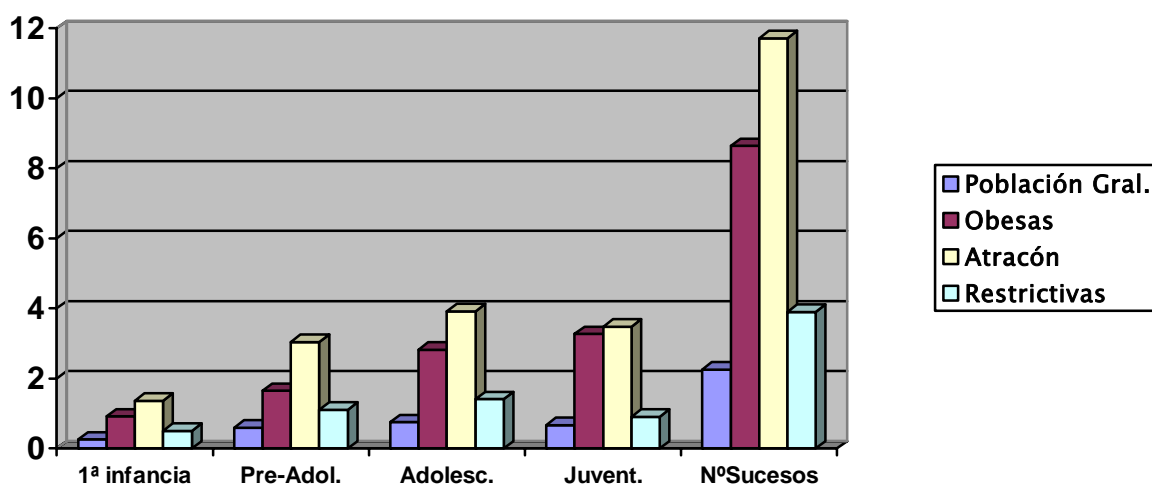
El análisis multivariado resultó significativo para el cuestionario de Sucesos Vitales (*Lambda de Wilks* λ 0,468; $F_{(15, 193,64)}: 4,088, p < 0,0001; \eta_p^2: 0,224$). En la tabla 3.11 y la Figura 3.11 se muestran las puntuaciones de los distintos grupos en las diferentes escalas del Cuestionario de Sucesos Vitales.

TABLA 3.11. Medias y Desviaciones típicas –M(DT)– en el Cuestionario de Sucesos Vitales

<i>Grupos.</i>	<i>N</i>	Primera infancia		Pre-adolescencia		Adolescencia		Juventud		Nº Sucesos	
		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>M</i>	<i>DT.</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
PG	32	,25	,80	,59	1,34	,75	1,52	,66	1,12	2,25	4,18
Obesas	11	,91	1,14	1,64	1,74	2,82	2,32	3,27	2,15	8,64	5,82
Atracón	25	1,36	1,96	3,04	2,34	3,92	1,98	3,48	1,81	11,72	5,74
Restrictivas	10	,5	,97	1,1	1,45	1,4	1,26	,9	1,10	3,9	2,73
<i>Contraste Univariado</i>		F (3,74): 3,37, $p < 0,023$; $\eta_p^2: 0,120$		F (3,74): 9,06, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,269$		F (3,74): 15,99, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,393$		F (3,74): 20,12, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,449$		F (3,74): 19,53, $p < 0,0001$; $\eta_p^2: 0,442$	

■ El cuadrante sombreado indica que la introducción de la variable depresión (IBS) como covariada anula las diferencias

Fig. 3.11. Medias correspondientes al Cuestionario de Sucesos Vitales.



Por su parte, las pruebas post-hoc utilizadas para ver qué grupos resultaban significativamente distintos indicaron:

Primera infancia: El grupo de personas con atracones fue el que más puntuación obtuvo, aunque las pruebas *post hoc (Games-Howell)*, no llegaron a resultar significativas. La introducción de la variable de depresión como covariada anuló además la significación de las diferencias ($F: 1,13, p < 0,34$).

Pre-adolescencia: El grupo de personas con atracones fue el que más número de sucesos negativos recordaba en el periodo de de la pre-adolescencia, resultando significativamente diferente tanto del grupo PG como de las restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,030$, respectivamente). Sin embargo, en el ANCOVA con la depresión como variable covariada no se mantuvieron estas diferencias.

Adolescencia: El grupo que más puntuó en este apartado fue, de nuevo, el de personas con atracones, obteniendo diferencias significativas tanto el grupo PG, como con las restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ y $p < 0,001$, respectivamente).

Juventud: Los grupos con más número de eventos en la etapa de la juventud fueron los de las personas con atracones y las obesas. Las diferencias fueron significativas tanto para con el grupo PG como para con las personas restrictivas (*post-hoc Games-Howell*) ($p < 0,026$ – $p < 0,0001$).

Nº sucesos vitales total: Una vez más, los grupos con más número de sucesos vitales en general fueron los de las personas con atracones y las obesas. Las diferencias resultaron significativas entre las personas obesas y el grupo PG (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,022$). En cuanto a las personas con atracones, sus puntuaciones fueron significativamente distintas tanto de la PG, como de las restrictivas (*post-hoc Games-Howell* $p < 0,0001$ para ambas).

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En este trabajo se ha realizado un análisis de lo que implica o añade la presencia del atracón. En este sentido, han sido varios los autores que han abogado ya por la necesidad de clarificar la relación entre atracón y psicopatología (Ramacciotti et al., 2000). Somos conscientes que, debido al tamaño de la muestra de nuestro estudio, no es posible, sobre la base de los resultados obtenidos hacer ninguna implicación clínica ni diagnóstica, sin embargo vamos a hacer un repaso por las conclusiones que se derivan de nuestra investigación.

Por lo que se refiere a **psicopatología general**, nuestros resultados coinciden con datos ya corroborados por investigaciones anteriores. De hecho, hemos comprobado que la presencia de atracones se relaciona con un mayor número de síntomas de depresión y de ansiedad (Vögele y Florin, 1997; Nauta et al., 2000), de ideación paranoide, de obsesión-compulsión (Von Ranson et al., 1999), de somatización y de hostilidad (Hay, Fairburn y Doll, 1996). Estos hallazgos enfatizan la idea de que la presencia de atracones son un plus de gravedad y morbilidad en lo que a psicopatología se refiere (Hay, Fairburn y Doll, 1996), lleguen o no lleguen a cumplir los criterios de frecuencia o duración establecidos para los distintos diagnósticos (Striegel-Moore et al., 2000; Ramacciotti et al., 2000).

Por otra parte, hay que destacar que mientras que en la mayor parte de las escalas el grupo de mujeres provenientes de la población general era el grupo que mantenía diferencias significativas con respecto al resto (siendo casi siempre el grupo extremo el de atracones), en el caso de la escala de depresión, el grupo de atracones se diferenció estadísticamente tanto del grupo PG como del grupo de obesas. Por tanto, es interesante destacar el hecho de que aunque depresión y sobre-peso suelen tener una importante relación (Grilo, 2002), lo cierto es que la psicopatología está asociada a la presencia de los atracones y el comer impulsivo, se tenga sobre-peso o no (Fassino et al., 2003). Sin embargo, dada la importancia de la sintomatología depresiva tanto en el grupo de

atracones y también, según la literatura, en muestras de obesas, consideramos fundamental controlar estadísticamente en nuestros datos la variable de depresión.

En cuanto a las variables de personalidad, en general nos encontramos con que las personas con atracones tienen una mayor dificultad para controlar tanto sus emociones como sus impulsos y una menor estabilidad emocional. Autores como Kane et al., (2003) ya señalaron que la impulsividad podía ser un rasgo importante en lo que se refiere a los atracones. De igual manera, varios son los estudios que relacionan los problemas alimentarios y los trastornos de personalidad; incluso algunos autores se atreven a hablar de los trastornos alimentarios como una expresión de rasgos de personalidad (Westen y Harnder-Fischer, 2001). Para estos autores, los problemas de restricción tendrían más que ver con rasgos de introversión, conformismo, perfeccionismo, rigidez y rasgos obsesivos-compulsivos; mientras que en los problemas de atracones se relacionan más con rasgos de extroversión, histrionismo y afecto inestable y estos datos van en esta dirección. En este sentido, mencionar las numerosas investigaciones que hablan de la relación entre los problemas de atracones y el patrón más inestable de la personalidad: el trastorno límite (Sansone et al., 2000; Westen y Harnder-Fischer, 2001), cuyos rasgos predominantes son: la inestabilidad, la impulsividad, la falta de control y la incapacidad para afrontar las emociones.

Con respecto a nuestros datos, cabe destacar el hecho de que mientras que en las escalas de control de impulsos y de estabilidad emocional el grupo de atracones se diferenciaba significativamente del grupo de obesas, en cuanto al control de emociones, el grupo de atracones no obtuvo diferencias significativas ni con restrictivas, ni con obesas, hecho que resaltamos especialmente por la importancia del concepto de comer emocional que también se observa en la obesidad en mayor o menor medida (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet, y Barbe, 2003).

Entrando ya en las conclusiones asociadas a la **psicopatología alimentaria**, destacar que, como era de esperar, fueron las personas con atracones las que presentan más

síntomas bulímicos y una mayor gravedad de éstos. No obstante, el grupo de obesas también se diferenció de la PG en cuanto a la presencia de síntomas bulímicos, presencia de episodios de sobre-ingesta y algunas conductas compensatorias, aunque sin alcanzar el umbral de gravedad. Es importante destacar el hecho de que la presencia de sintomatología bulímica, episodios descontrolados de comer y los intentos de compensar el peso por ello no se vio afectado por la influencia de la sintomatología depresiva, por lo que podemos concluir que ambas áreas psicopatológicas se pueden potenciar, pero con área de influencia diferentes.

Al analizar más detenidamente la conducta alimentaria y otras características asociadas típicamente a los trastornos alimentarios encontramos que los grupos de personas con atracones, el de obesas, y el de restrictivas son similares en presentar un mayor impulso a adelgazar (obsesión por adelgazar, según traducción de la edición española de TEA del EDI), siendo estas diferencias estadísticamente significativas con respecto a la PG. Llama la atención cómo personas tan extremas en sus pesos, tengan tanta necesidad de adelgazar aunque, obviamente, por motivos y sobre-peso distintos.

Por su parte, las personas con atracones se diferenciaron del resto de grupos al presentar mayores puntuaciones en bulimia, ascetismo, impulsividad, miedo a la madurez y ausencia de consciencia interoceptiva. Sin embargo, los grupos de restrictivas y de personas con atracones fueron bastante similares en perfeccionismo, lo cual suele ser mencionado como un estilo predominante de las pacientes con trastorno alimentario (Calvo, 2002). También hay que destacar que restrictivas, obesas y personas con atracones fueron semejantes en desconfianza interpersonal. Por último, mencionar que las diferencias entre los grupos, en el sentido de ineficacia y en la creencia de considerar las relaciones sociales como peligrosas o inseguras, desaparecieron al controlar la depresión, por lo que se puede inferir que la sensación de la propia ineficacia y la percepción de las relaciones como peligrosas están más relacionadas con la sintomatología depresiva que con la propia patología alimentaría, al menos en nuestras muestras.

Con respecto a la relación entre emoción y el deseo o impulso por comer y, partiendo de la idea de que en un problema de atracones el hambre no es sólo “real” sino también emocional y espiritual (Calvo, 2003) por lo que la comida puede estar cumpliendo un papel importantísimo en la resolución tanto de los problemas emocionales como existenciales, nuestros resultados han sido especialmente interesantes. En general, los instrumentos utilizados para evaluar esta dimensión han indicado que tanto el grupo de personas con atracones, como el de personas obesas, comen ante estados emocionales negativos (enfado, ansiedad y depresión), y este hecho los diferencia tanto de la población general como del grupo de personas que presentan restricción alimentaria. Concretamente, con respecto al ansia de comer y los indicios que lo incitan, nos encontramos, de nuevo, con que las personas con atracones son las que más ansias sienten en las distintas situaciones que presentan los instrumentos en sus escalas, y se parecen a las obesas en la pérdida de control y en la culpabilidad posterior, al igual que en la medida que expresan y regulan sus emociones comiendo. En parte, nuestros resultados pueden ser interpretados desde la perspectiva de Westen y Harnder-Fischer (2001), para quienes los problemas de restricción tendrían más que ver con rasgos de hipercontrol, mientras que en los problemas de atracones se relacionan más con rasgos de impulsividad. Si bien hemos encontrado diferencias con la población obesa, no se puede dejar de señalar que nuestra muestra de obesas también tiene mucho en común con esta regulación emocional a través de la comida.

Por otra parte cuando el comer se analiza desde el punto de vista de las situaciones de “riesgo” que desencadenan episodios de comer y atracones, además de aparecer la presencia de la comida, por tanto de estímulos externos que inducen a la ingesta, vuelven a aparecer las situaciones ligadas a la experimentación de emociones negativas, aunque también en situaciones de relax (diferenciándose igualmente en este caso hasta del grupo de obesas). Esto coincide con hallazgos en investigaciones anteriores que hablaban del papel de las emociones a la hora de precipitar los atracones (Striegel-Moore, 1993). Esta idea de “escapar” de las emociones ya había sido recogida en la literatura científica. Concretamente, Polivy y Herman (1993) en su revisión señalan varios estudios en los que

se hace referencia a que algunas personas muy sensibles a sus emociones intentan escapar de ellas de cualquier forma (*“escapar es lo importante”*), y una buena manera de hacerlo es teniendo un atracón. La comida se utiliza en este caso como un medio de estabilización emocional (Calvo, 2003).

Por último, y con respecto al análisis del comer emocional, cabe destacar el hecho de que tanto en el SAM (situaciones de apetito), como en el FCQ (ansia por comer) cuando se controla la influencia de la variable depresión desaparecen las diferencias entre los grupos (siempre con mayor puntuación el grupo de personas con atracones) en cuanto a ingerir comida, bien como anticipo de un mejor estado de ánimo o calma, bien como recompensa por creer que uno se lo merece. Este hecho nos parece llamativo ya que si, en principio, se podría pensar que el estado depresivo dispara la necesidad de regular el estado de ánimo disfórico mediante la ingesta en las personas vulnerables (a padecer de atracones), lo que nuestros datos parecen indicar es que, independientemente del nivel de depresión, las personas vulnerables regulan su estado de ánimo disfórico mediante un patrón de ingesta, pero que el patrón de sobre-ingesta como recompensa o anticipación de recompensa sólo se dispara en situaciones de estados de ánimo deprimidos. Podríamos interpretar estos datos en el sentido de que las personas con atracones intentan contrarrestar sus estados de ánimo disfóricos mediante la comida, pero además, a mayores niveles de depresión necesitan la comida, ya no para dejarse de encontrar mal anímicamente, sino para encontrarse bien y recompensados. Obviamente esta explicación es absolutamente especulativa y se requerirían estudios focalizados en el diseño de estas hipótesis.

Tomados en conjunto, estos datos nos indican la baja tolerancia emocional que presentan las personas con atracones, ya que parece que para ellas cualquier emocionalidad tiende a ser paliada comiendo. En algunos estudios anteriores ya se han llegado a conclusiones parecidas. Por un lado hay investigaciones que hablan de que las personas con atracones no viven más sucesos estresantes, pero sí perciben más estrés y además utilizan la comida como una estrategia de afrontamiento emocional (Hansel y

Wittrock, 1997). Por otro lado, están los estudios mencionados anteriormente con respecto al trastorno límite de la personalidad y aquellos que defienden la perspectiva de que el esquema cognitivo subyacente podríamos resumirlo en que <<*cualquier afecto me perturba, “no lo puedo soportar” y lo afronto comiendo*>>, es decir que estaríamos hablando de una intolerancia a los cambios de humor (Fairburn, Cooper y Shafran ,2003)

Por último, no se puede dejar de resaltar que, en cuanto a las situaciones que suponen riesgo de comer, la única situación en la que no se ha encontrado ninguna diferencia entre los grupos sea la del hambre, ya que es una sensación ante la que, biológicamente, todas las personas sienten la necesidad de comer.

La escala de intrusiones alimentarias y rituales relacionados con trastornos alimentarios de la escala YBC-EDS resultó de especial interés porque fue uno de los pocos cuestionarios de este estudio en los que las dos muestras típicamente “alimentarias”, es decir los grupos de personas con atracones y restrictivas, se mostraron sin diferencias. Ambos grupos fueron los que más puntuaron en la escala de preocupación por la comida (es decir por su contenido calórico), diferenciándose significativamente de la PG y quedando la muestra de obesas en un lugar intermedio. Además, en tres escalas el grupo de restrictivas ha puntuado más que el resto: rituales comiendo, rituales somáticos y rituales de ejercicio. Con respecto a la de rituales comiendo (es decir, todos aquellos rituales relacionados con el orden, la secuencia o el modo de comer), las diferencias sólo mantuvieron la significación con respecto a la PG, pero en valores absolutos, estaban más próximas al grupo de atracones y más distanciadas de la muestra de obesas. Lo mismo sucede con respecto a los rituales de ejercicio (formas concretas de realizar movimientos y actividades). Sin embargo, ha sido la escala de rituales somáticos (conductas de comprobación con respecto al cuerpo como necesidad de notar los huesos, pesarse, etc.) en la cual los grupos de restrictivas y de atracones se han comportado de manera semejante y significativamente diferente al resto de los grupos (PG y obesas).

Por otra parte, las escalas en las que el grupo de atracones y el de obesas se comportaron de manera parecida ha sido en la preocupación por el peso (temor a engordar) y en los rituales de atracarse (estrategias para darse el atracón), siendo significativamente diferentes de la PG, y sin alcanzar la significación con respecto al grupo de restrictivas.

La única escala en la que el grupo de personas con atracones ha sido significativamente diferente al resto ha sido en la de purgas, lo cual era lógico dada las características de selección de este grupo.

Por último, mencionar las escalas en las que, al controlar la variable de depresión, dejaron de mostrar diferencias significativas entre los grupos y por tanto, revelando la influencia de la variable anímica en dos rituales (hacer listas y con la comida), y en la preocupación por la talla y la apariencia. Con respecto a este último dato, y en relación a la asociación entre atracón y preocupaciones por la imagen corporal, nuestros resultados irían en consonancia con lo expuesto por Hrabosky et al., (2007) al afirmar que la preocupación por el aspecto está más relacionada con la patología alimentaria y con el malestar psicológico que con el trastorno por atracón en sí.

Es significativo también señalar que un aspecto social, como la ropa, sea algo que en general preocupa a todos los grupos, y que aparezca lo que en terminología de Rodin, Silberstein y Striegel-Moore (1985) se conoce como el “descontento normativo”. Esto puede asociarse al bombardeo cultural al que todos somos sometidos diariamente pero al que algunas personas, aquellas que han internalizado más el ideal de la delgadez, son más sensibles y les afecta más (Calvo, 2003).

Entramos ya en el tercer bloque de conclusiones relacionado, precisamente, con las variables de **imagen corporal**. En lo referente a la estima corporal, y sobre todo en cuanto a la satisfacción con el peso, el único grupo que significativamente alcanzó puntuaciones positivas con respecto a su cuerpo fue el grupo PG que se diferenció claramente de los

otros tres. Con respecto a la importancia que la persona da a su aspecto físico a la hora de autovalorarse, la introducción de la variable depresión anuló todas las diferencias encontradas entre los grupos, lo cual nos lleva de nuevo a la reflexión sobre la disforia corporal y los estados disfóricos generales que anteriormente se señaló en el estudio de Hrabosky et al., (2007). Es muy significativo destacar que no se encontraron diferencias entre los grupos en los estereotipos corporales, lo cual indica que todos estamos influenciados por los mismos modelos culturales (Stice y Agras, 1998).

En cuanto al recuerdo de los sucesos vitales asociados a la apariencia, los grupos que refirieron más sucesos negativos asociados al aspecto físico fueron, en primer lugar, el grupo de personas con atracones, seguido del grupo de obesas. Es de destacar el hecho de que las diferencias desaparecen entre los grupos en los momentos de primera infancia y pre-adolescencia al controlar la depresión, lo cual nos puede estar sugiriendo la influencia de la depresión como estado de ánimo negativo en la distorsión del recuerdo. Sin embargo esa posible distorsión no tendría influencia en los recuerdos más recientes relacionados con el aspecto físico.

Algunos estudios hablan de que aunque los niños con sobrepeso parecen ser más infelices con su cuerpo, esto no suele afectar a la autoestima hasta la adolescencia (Smolak, 2002) cuando las reacciones sociales asociadas al sobrepeso suelen aumentar y la estabilidad emocional de la persona es menor y, por lo tanto, más vulnerable es. Sin embargo, otros estudios han encontrado que aquellas mujeres que presentan un IMC mayor, cuentan con un número más elevado de sucesos relacionados con su cuerpo a lo largo de todas y cada una de las etapas de su vida (Schwartz y Brownell, 2002). A estas reflexiones en torno al efecto del sobre-peso en la infancia hay que incluir el matiz, por lo que respecta a los datos del presente estudio, que el grupo de personas con atracones en la actualidad no presenta obesidad y no sabemos si en momentos anteriores de su vida lo presentaron. El exceso de referencia por parte de estas personas de acontecimientos negativos en las primeras etapas de la vida parece anularse por la influencia de los síntomas depresivos, pero la referencia del número de sucesos en los

momentos vitales más recientes de las personas con atracones habría que interpretarlo en el sentido de que para mitigar la presión y las críticas por su aspecto, fueran reales o fueran percibidas, e independientemente de su estatus de peso –con exceso de peso, o en su peso, cuestión que desconocemos–, rodearon las circunstancias bien del inicio, bien del mantenimiento del patrón alimentario anómalo.

Una vez expuestos nuestros hallazgos, y respondiendo a los objetivos propuestos, podemos concluir que al estudiar las características alimentarias y psicopatológicas de personas que experimentan habitualmente episodios de atracones (en concreto pacientes con bulimia nerviosa y con trastorno por atracón, clínico y subclínico), en comparación con pacientes con trastornos alimentarios que no los padecen (anorexia y bulimia nerviosas no purgativas o formas no especificadas de éstas), con personas que padecen de obesidad mórbida sin atracones, y con la PG, nos encontramos que:

1. Presentan, desde un punto de vista cuantitativo, un mayor grado de psicopatología, ya que ha sido el grupo que más puntuó en escalas que miden síntomas de psicopatología asociada a su trastorno principal, y estas diferencias han resultado ser significativas no sólo con respecto a la población general, sino también con el grupo de obesas, en el caso concreto de la depresión. También es importante destacar que las diferencias nunca alcanzaron la significación con respecto al grupo de personas restrictivas. Por lo que respecta a rasgos mórbidos de personalidad, el grupo de atracones presentó menor estabilidad emocional y más problemas para controlar sus impulsos y emociones. Sin embargo, hay que destacar que con respecto al control de emociones, las diferencias no alcanzaron la significación ni con el grupo de restrictivas, ni con el de obesas.

2. El grupo de personas con atracones presenta un mayor grado de psicopatología relacionada específicamente con los trastornos alimentarios. En concreto, y por definición, presentaron un mayor número de comportamientos bulímicos (atracones y conductas compensatorias). No obstante en este punto, hay que indicar que el segundo

grupo que se diferenci6 de la PG fue precisamente el grupo de personas con obesidad. Tambi6n nos parece relevante que la presencia de atracones y episodios bul6micos en general no est6 bajo la influencia, o dependa del grado de depresi6n que presenten las personas. Por otra parte, el grupo de atracones tambi6n se diferenci6 del resto en su mayor grado de ascetismo, impulsividad, miedo a la madurez y ausencia de conciencia interoceptiva. La mayor sensaci6n que tiene el grupo de atracones de ineficacia y de percepci6n de peligrosidad en las relaciones interpersonales parece que est6n ligadas a la presencia e intensidad de su sintomatolog6a depresiva. En perfeccionismo, los grupos de atracones y restricci6n fueron equivalentes.

Por lo que se refiere al comer emocional (en estados emocionales negativos), est6 presente tanto en personas con atracones, como en personas obesas, diferenci6ndose significativamente de restrictivas y de PG. Este dato coincide con los relatos cl6nicos de la "intolerancia" de estas personas a sus emociones negativas. Por otra parte, aunque se encontraron diferencias entre los grupos de atracones y obesas (en el sentido de que las primeras incluso comen en situaciones de relax), lo que nuestros datos indicaron es que el grupo de atracones no s6lo come para escapar de sus emociones negativas, sino que debido a sus s6ntomas depresivos, para encontrarse bien, para ganar confianza o para reforzarse, tambi6n necesitan comer.

El grupo de atracones y el de restrictivas fueron iguales en su mayor nivel de preocupaci6n por el contenido cal6rico de la comida y en la necesidad de realizar conductas de comprobaci6n con su cuerpo –peso y dimensiones–. Adem6s, en las 6nicas escalas en que las restrictivas puntuaron m6s que el resto fue en la presencia de rituales tanto comiendo, como haciendo ejercicio. Por su parte, los grupos de atracones y obesas se comportaron de manera parecida en el temor a engordar y en las estrategias para atracarse o realizar sobre-ingestas. Por 6ltimo, dadas las caracter6sticas del grupo de personas con atracones en este estudio, este grupo fue significativamente distinto al resto en los rituales (y presencia) de purgas.

3. Por lo que respecta a la Imagen corporal, el grupo de personas con atracones, si bien es el que más insatisfecho se encuentra con su cuerpo, parece que tal insatisfacción está relacionada (y amplificada) por su estado de ánimo depresivo. Se encuentran muy preocupadas por su peso y por el hecho de ir engordando. Por otra parte, la historia de burlas y acontecimientos vitales negativos relacionados con el cuerpo en este grupo es notable, al menos en su recuerdo desde la infancia, y claramente diferencial en su historia vital más reciente.

Todo esto nos hace concluir que la presencia de los atracones agrava la sintomatología y que es necesario tenerlos en cuenta en todo momento. A la vista de los resultados que hemos obtenido, las investigaciones futuras han de revisar los criterios diagnósticos de los trastornos que presentan atracones, ya que, como hemos visto, en sí su presencia implica un plus de gravedad digna de tener en cuenta. De igual manera observamos una necesidad de promover investigaciones que estudien las diferencias, sobretudo las cualitativas, entre los distintos trastornos que presentan atracones, esto es: la bulimia nerviosa, los trastornos alimentarios no especificados, pero sobre todo el trastorno por atracón, y su relación con la obesidad. Importante también sería también que se llevaran a cabo estudios más exhaustivos con obesas para poder concretar diferencias claras tanto a nivel comportamental, como cognitivo en lo que respecta al uso de la comida como regulador del humor. En definitiva se trata de contar con buenos criterios diagnósticos y clínicos que ayuden a poner en práctica los mejores tratamientos para ayudar a las personas que los sufren, abordando su patología específica.

Por último señalar las limitaciones que presenta este estudio. La primera de ellas es que el tamaño de la muestra es escaso para poder extraer conclusiones más generales. Además, no podemos olvidar que nuestro grupo de interés, era heterogéneo en su significación clínica, en el sentido de que incluía diagnósticos de bulimia nerviosa, de trastorno alimentario no especificado y de trastorno por atracón. Por otra parte, dentro de

la muestra de personas con atracones también existía otra conducta que no necesariamente ha de ir ligada al atracón, y es la práctica de las purgas, lo cual a algunos autores actualmente les hace proponer la viabilidad (aún poco demostrada) de considerarlo como síndrome aparte e independiente –igualmente dentro de los atípicos–. Sin embargo también podemos apuntar como dato “positivo” el estar utilizando muestras y características *transdiagnósticas* en terminología de Fairburn (2007) y buscando conclusiones “dimensionales” en el campo de los trastornos alimentarios.

5. BIBLIOGRAFÍA.

- Abbott, D. et al. (1998). "Onset of binge eating and dieting in overweight women: implications for etiology, associated features and treatment". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 44. Nos 3/4. Pp. 367-374. 1998.
- Abraham, S. S. y Beumont, P. J. (1982). "How patients describe bulimia or binge eating". *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- Agras, W.S., Telch, C.F. Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D. e. y Raeburn, S.D. (1994). "Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: An additive design". *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Allison, K. C., Stunkard, A. J. (2006). "Obesidad y trastornos de la alimentación". En: *Obesidad: guía para los profesionales de la salud mental* (55-67). T.A. Wadden T. A., Stunkard A. J., Berkowitz R. I. (Eds). Barcelona: Masson.
- Anderson, D., Williamson, D., Johnson, W., Grieve, Ch. (2001) "Validity of test meals for determining binge eating". *Eating Behaviors* 2 (2001), 105-112.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible*. Editorial Paidós.
- APA. (2002) "*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*". Editorial Masson.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W.S.(1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders* vol. 18, No. 1, 79-90.
- Beglin, S., Fairburn, C. (1992) "What is meant by the term binge?" *American Journal of Psychiatry* 149: 1 January 1992.
- Bermúdez, J. (1998). *Adaptación española del Cuestionario "Big Five"*. TEA Ediciones, S. A.
- Birketvedt, G. S., Florholmen, J., Sundsfjord, J., Osterud, B., Dinges, D., Bilker, W. (1999). "Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome". *JAMA*, 282, 657-63.
- Black, A.E., Prentice, A.M., Godkberg, G.R., Jebb, S.A., Bingham, S.A., Livingstone, M.B., y Coward, W.A. (1993). "Measurements of total energy expenditure provide insights into the

- validity of dietary measurements of energy intake". *Journal of the American Dietetic Association*, 93, 572-579.
- Bourne, S., Bryant, R., Griffiths R., Touyz S., Beumont P. (1998). "Bulimia nervosa, restrained, an unrestrained eaters: a comparison on non-binge eating behavior". *International Journal of Eating Disorders* 24: 185-192.
- Brody, M.L., Walsh, B.T. y Devlin, M.J. (1994). "Binge eating disorder: Reliability and validity of a next diagnostic category". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Bryant-Waugh R., Cooper P., Taylor C., Lask B. (1996). "The use of the eating disorder examination with children: a pilot study". *International Journal of Eating Disorders* Vol. 19, No. 4, 391-397.
- Bulik C., Sullivan P., Kendler K. (2000). "An empirical study of the classification of eating disorders". *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 886-895.
- Bulik C., Sullivan P., Kendler K. (2002). "Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating". *International Journal of Eating Disorders*; 32: 72-78.
- Cachelin F., Striegel-Moore R., Elder, K., Pike K., Wilfley D., Fairburn C. (1999). "Natural course of a community sample of women with binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders* 25: 45-54, 1999.
- Calvo, R. (2002). *"Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas"*. Editorial Planeta Prácticos, 2002.
- Caprara, G.V., Barbaranelli C., Borgogni, L.(1995). *Cuestionario "Big Five"* (Manual) TEA Ediciones.
- Carter J., Fairburn C. (1998). "Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: vol 66, no. 4, 616-623.
- Carter F., McIntosh V., Joyce P., Bulik C. (2001). "Abstinence during cue reactivity assessment is associated with better outcome among women with bulimia nervosa". *Eating Behaviors* 2 (2001), 273-278.

- Cash, T.F. (1991). *Body Image therapy: a program for self-directed change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., y Labarge, A.S. (1996). Development of the appearance schemas inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 20, No. 1, 37–50.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D.H., Fernandez, M.C., Vila, J., Williams, T.L., & Reynoso J. (2000). The development and validation of Spanish versions of the state and trait food cravings questionnaires. *Behaviour Research and Therapy*, vol.38, 1125–1138.
- Cooper, M. (2003). *The psychology of bulimia nervosa: a cognitive perspective*. Oxford University Press.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G. (1987). “The eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders”. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1–8.
- Cooper, Z., Fairburn, C.G. (2003). “Refining the Definition of Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia Nervosa”. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl), S89–S95.
- Davis, R., Freeman, R. J. y Garner, D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behaviour in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 273–279.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R., Raymond, N., y Crosby, R. (1994). “Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder”. *International Journal of Eating Disorders*; 15:43–52.
- De Zwaan, M. D. (2005). “Binge eating, EDNOS and obesity”. En *EDNOS: Eating Disorders not otherwise specified* (83–113). Norrin C., Palmer B. (eds), London: Routledge.
- Derogatis, L.R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, vol. 13, No. 3, 595–605.
- Devlin, M., Goldfein, J., Dobrow I. (2003). “What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology”. *International Journal of Eating Disorders*; 34:2–18.
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer R.L. (2001). “Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients”. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679–686.

- Eiber R., Berlin I., de Brettes B., Foulon C., Guelfi J. (2002). "Hedonic response to sucrose solutions and the fear of weight gain in patients with eating disorders". *Psychiatry Research* 113 (2002) 173-180.
- Elmore, D.K., y De Castro, J.M. (1990). "Self-rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics, and normals. *International Journal of Eating Disorders*; 9, No. 179-190.
- Eldredge, K., Agras, W. (1996). "Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 19, 73-82.
- Eldredge K., Stewart W. (1996). "Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*; Vol. 19, No. 1, 73-82.
- Faber, R. J., Christenson, G.A., de Zwaan, M., y Mitchell, J. (1995). "Two forms of compulsive consumption : Comorbidity of compulsive buying and binge eating". *Journal of Consumer Research*, 22, 296-304.
- Fairburn C. y Wilson. (1993). "Binge eating: definition and classification". En *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). The Guilford press.
- Fairburn C. (1998). *"La superación de los atracones de comida"*. Editorial Paidós.
- Fairburn C., Doll, Welch, Hay, Davies y O'Connor. (1998). "Risk factors for binge eating disorder". *Archives General os Psychiatry*; 55: 425-432.
- Fairburn, C. y Walsh B. (2002). "Atypical Eating Disorders (Eating Disorder Not Otherwise Specified)". En *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*, Fairburn, C. Y Brownell, K. (dirs.). The Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper Z., Doll, H.A., Norman, P., y O'Connor, M. (2000). "The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women". *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C., Cooper Z., Shafran R. (2003). "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment". *Behavior Research and Therapy* 41 (2003) 509-528.

- Fairburn, C. G., et al. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy* (2007),:10.1016/j.brat.2007.01.010.
- Farmer R., Nash H., Field C. (2001). "Disordered eating behaviors and reward sensitivity". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 32 (2001) 211-219.
- Fassino S., Abbate G., Pierò A., Leombruni P., Giacomo G. (2001) "Anger and personality in eating disorders". *Journal of Psychosomatic Research* (2001) 52, 757-764.
- Fassino S., Leombruni P., Pierò A., Abbate-Daga G., Giacomo G. (2003) "Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder". *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (2003) 559-566.
- Favaro A., Rodella F., Santonastaso P. (2000). "Binge eating and eating attitudes among Nazi concentration camp survivors". *Psychological Medicine*, 2000, 30, 463-466.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., y Brandl, B. (1993). "Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity". *International Journal of Eating Disorders*; 14: 1-16.
- Franzoi, S.I, y Shields, S.A. (1984). The body esteem scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, vol. 48, No. 2, 173-178.
- French, S. A., Jeffery, R. W., Serwood, N. W. y Neumarck-Sztainer, D. (1999). "Prevalences and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, No 23, 1999, 576-585.
- Garfinkel, P.E., y Garner, D.M. (1982). *"Anorexia nervosa: a multidimensional perspective"*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M., Bemis, K.M. (1985). "Cognitive therapy for anorexia nervosa". En *D.M. Garner y P.F. Garfinkel (eds.) Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia (pp. 107-146)*. New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., & 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.

- Garner, D. (1993). "Binge eating in anorexia nervosa". En *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). The Guilford Press.
- Garner, D.M. (1998), *EDI2, Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Manual. TEA Ediciones.
- Garner, D. (2002). "Body image and Anorexia Nervosa". En *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. Cash T. Y Pruzinsky T. (Dir.). The Guilford Press.
- Gendall, k., Joyce, P., Abbott, R. (1999). "The effects of meal composition on subsequent craving and binge eating". *Addictive Behaviors, vol. 24, No. 3, pp. 305– 315*.
- Gladis M., Wadden T., Foster G., Vogt R., Wingate B. (1998). "A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity". *International Journal of Eating Disorders; 23: 17–26*.
- Gladis M., Wadden T., Foster G., Kuehnel, R.H., y Bartlett, S. (1998). "Behavioral treatment of obese binge eaters: Do they need different care?" *Journal of Psychosomatic Research, 44, 375–384*.
- Greeno, K., Wing, R., Marcus, M. (1999). "How many donuts is a binge? Women with binge eat more but do not have more restrictive standards than weight-matched non-binge women". *Addictive Behaviors, vol. 24, No. 2, pp. 299–303*.
- Greeno, C.C., Wing, R.R., y Shiffman, S. (2000). "Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 95–102*.
- Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). "Reading and understanding multivariate statistics". *Washington DC: American Psychological Association*.
- Grilo, C., Masheb, R. M. (2000). "Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder". *International Journal of Obesity, 24, 404–9*.
- Grilo C. (2002). "Binge Eating Disorder". En *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*, Fairburn, C. Y Brownell, K. (dir.). The Guilford Press.
- Grilo C., Masheb R. (2002). "Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder". *Acta Psychiatr Scand 2002: 106: 183–188*.

- Grilo C. (2004). "Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for obsessive compulsive personality disorder in patients with binge eating disorder". *Behavior Research and Therapy* 42 (2004) 57-65.
- Gromel K., Sargent R., Watkins J., Shoob H., DiGiacchino R., Malin A. (2000). "Measurements of body image and clinical weight loss participants with and without binge-eating traits". *Eating Behaviors* 1 (2000), 191-202.
- Hagan M., Wauford P., Chandler P., Jarret R., Rybak K., Blackburn, K. (2002). "A new animal model of binge eating: Key synergistic role of past caloric restriction and stress". *Psychology and behavior*, 77 (2002) 45-54.
- Haiman C., Devlin M. (1999) "Binge eating before the onset of dieting: a distinct subgroup of bulimia nervosa?" *International Journal of Eating Disorders* 25: 151-157.
- Halmi K., Sunday S., Strober M., Kaplan A., Woodside B., Fichter M., Treasure J., Berrettini W., Kaye W. (2000). "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior". *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1799-1805.
- Hansel S., Wittrock D. (1997). "Appraisal and coping strategies in stressful situations: a comparison of individuals who binge eat and controls". *International Journal of Eating Disorders* Vol. 21, No. 1, 89-93.
- Hawkins, R.C., y Clement, P.F. (1984). "Binge eating: Measurement problems and a conceptual model". En R. C. Hawkins, W. J. Fremouw, y P. F. Clement (eds.) *The binge-purge syndrome* (pp. 229-251). New York: Springer.
- Hay, P., Fairburn, C., Doll, H. (1996). "The classification of bulimic eating disorders: a community-based cluster analysis study". *Psychological Medicine*, 1996, 26, 801-812.
- Hay P., Fairburn, C. (1998). "The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders". *International Journal of Eating Disorders* 23: 7-15.
- Hearherton T. F. y Baumeister, R. F. (1991). Binge-eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

- Hearherton T. F. y Polivy, J. (1992). "Chronic dieting and eating disorders: A spiral model". En *J. Crowther, S. E. hobfall, M. A. P. Stephens, y D. L. Tennenbaum (Eds.) The etiology of bulimia: The individual and familial context (pp. 133–155). Washington, DC: Hemisphere.*
- Henderson, M., y Freeman, C.P.L. (1987). "A self-rating scale for bulimia: The BITE". *British Journal of Psychiatry, 150, 18–24.*
- Herman, C.P., y Mack, D. (1975). "Restrained and unrestrained eating". *Journal of Personality, 43, 647–660.*
- Herman, C.P., Polivy, J., y Heatherton, T.F. (1991). "*Effects of distress on eating: Meta-analysis of the experimental literature*". Unpublished manuscript, Univerity of Toronto.
- Hilbert A., Tuschen-Caffier B., Vögele C. (2002). "Effects of prolonged an repeated body image exposure in binge-eating disorder". *Journal of Psychosomatic Research 52,137–144.*
- Ho, K.S.I., Nichaman, M.Z., Taylor, W.C., Lee, E.S., y Foreyt, J. P. (1995). "Binge eating disorder, retention, and dropout in an adult obesity program. *International Journal of Eating Disorders, 18, 291–294.*
- Howard C., Krug L. (1999). "The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment impllications". *Clinical Psychology Review. Vol. 19, No. 1, pp. 25–44, 1999.*
- Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White, M.A., y Grilo, C.M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 175–180.*
- Hsu, L. K., (1990). "*Eating disorders*". New York : Guilford Press.
- Hsu, L. K., Betancourt, S., Sullivan, S. P. (1996). "Eating disturbances before and after a vertical banded gastroplasty: a pilot study". *International Journal of Eating Disorders, 19, 23–34.*
- Johnsen, L., Gorin, A., Stone, A., le Grange, D., (2003) "Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss". *Eating Behaviors 3 (2003), 295–305.*
- Johnson, C., y Connors, M.E. (1987). "The etiology and treatment of bulimia nervosa". *New York: Basic Books.*
- Johnson, C., y Larson, R. (1982). "Bulimia: An analijysis of moods and behavior". *Psychosomatic Medicine, 44, 341–351.*

- Johnson W., Roberson-Nay R., Rohan K., Torgrud L. (2003). "An experimental investigation of SAM-IV binge-eating criteria". *Eating Behaviors* 4, 295-303.
- Joiner, T.E., Vohs, K.D., y Hearherton, T.F. (2000). "Three studies on the factorial distinctiveness of binge eating and bulimic symptoms among nonclinical men and women". *International Journal of Eating Disorders*, 27, 198-205.
- Jorquera, M.; Baños, R. M.; Perpiñá, C.; Botella, C. La "Escala de Estima Corporal" (BES): Validación en una muestra española. *Revista Española de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2005; 3: 173 - 192.
- Josephs, R.A., y Steele, C.M. (1990). "The two faces of alcohol myopia: Attentional mediation of mediation of psychological stress". *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 115-126.
- Kane, T., Loxton N., Staiger P., Dawe S. (2003). "Does the tendency to act impulsively underlie binge eating and alcohol use problems? An empirical investigation". *Personality and individual differences* 12, 1-12.
- Karhune L. et al. (2000). "Regional cerebral blood flow during exposure to food in obese binge eating women". *Psychiatry Research: Neuroimaging Section* 99 (2000) 29-42.
- Kasof, J. (2001) "Eveningness and bulimic behavior". *Personality and Individual Differences: 31 (2001) 361-369.*
- Kaplan, H., y Sadock, B. (1998). "Trastornos de la conducta alimentaria". En *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.
- Kaye W.H., Gwartzman, H.W., George, D.T. Weiss, S.R., y Jimerson, D.C. (1986). "Relationship of mood alterations to bingeing behavior in bulimia". *British Journal of Psychiatry*, 479-485.
- Kendell, R.E. (1975). "The issues of reliability and validity. Ther role of diagnosis in psychiatry (pp. 27-48). *Oxford: Blackwell Scientific.*
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O y Taylor, H. L. (1950). "*The biology of human starvation*". Minneapolis, University of Minnesota Press, 1950.
- Kinzl J., Traweger C., Trefalt E., Manhweth B., Biebl W. (1999). "Binge eating disorder in females: a polulation-based investigation". *International Journal of Eating Disorders* 25: 287-292.

- Knight, L. J. y Boland, F. J. (1989). "Restrained eating: an experimental disentanlemente od the disinhibiting variables of percived calories and food type". *Journal of Abnormal Psychology, no 98: 412-420.*
- Kuehnel, R.H., y Wadden, T.A. (1994). "Binge eating disorder, weight cycking, and psychopathology". *International Journal of Eating Disorders 15: 321-329.*
- LaChaussée, J. L., Kissileff, H. T., Krall, J. G. y Cassidy, S. M. (1986. Laboratory studies of eating behaviour in women with bulimia. *Psysiology and Behavior, 38, 563-570.*
- Latner J., Wilson T. (2000). "Cognitive-behavioral therapy and nutricional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating". *Eating Behaviors 1 (2000), 3-21.*
- Le Grange, D., Gorin, A., Catley, D., y Sone, A.A. (2001). "Does momentary assessment detect binge eating in overweight women that is denied at interview?" *European Eating Disorders Review, 9, 304-324.*
- Lingswiler, V.M., Crowther, J.H. y Stephens, M.A.P. (1989a). "Affective and cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating". *International Journal of Eating Disorder, 8; 533-539.*
- Lingswiler, V.M., Crowther, J.H. y Stephens, M.A.P. (1989b). "Emotional and somatic consequences of binge episodes". *Addictive Behaviors, 14, 503-511.*
- Loeb K., Wilson T., Gilbert J., Labouvie E. (2000). "Guided and unguided self-help for binge eating". *Behavior Research and Theraphy 38 (2000) 259-272.*
- Lloyd-Richardson E., King T., Forsyth L., Clark M. (2000). "Body image evaluations in obese females with binge eating disorder". *Eating Behaviors 1 (2000), 161-171.*
- Nauta H., Hospers H., Jansen A., Kok G. (2000). "Cognitions in obese vinge eaters and obese non-binge eaters". *Cognitive Therapy and Research, Vol. 24, No. 5, pp. 521-531.*
- Machado, P., Machado B., Gonçalves S., Hoek H. W. (2007). "The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified". *International Journal of Eating Disorders (2007); 40; 212-217.*
- Marcus M. D., Wing R. R., Ewing L., Kern, E., Gooding W. y McDermott, M. (1990). "Psychiatric disorders among obese binge eaters". *International Journal of Eating Disorders; 9: 69-77.*

- Marcus M. D., Wing R. R., y Fairburn, C.G. (1995). "Cognitive treatment of binge eating versus behavioural weight control in the treatment of binge eating women". *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 5090.
- Masheb R., Grilo C. (2000). Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159–162.
- Masheb R., Grilo C. (2002). "On the relation of flexible and rigid control of eating to body mass index and overeating in patients with binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*; 31: 82–91.
- Masheb R., Grilo C. (2003) "The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders*; 33: 333–341.
- McElroy, S. L., Keck, P. E. y Phillips, K. A. (1995). "Kleptomania, compulsive buying and binge eating disorder". *Journal of Clinical Psychiatry*. 56: 14–26.
- Mazure, C.M., Halmi, A.H., Sunday, S.R., Romano, S.J., & Einhorn, A.M. (1994). The Yale–Brown–Cornell eating disorder scale: development, use, reliability and validity. *Journal Psychiatric Research*, vol. 28, No. 5, 425–445.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E.D., y Pyle, R.L. (1985). "Characteristics of 275 patients with bulimia". *American Journal of Psychiatry*, 142, 482–485.
- Mitchell, J. E., Mussell M. P. (1995) "Comorbidity and binge eating disorder". *Addictive Behaviors*, vol. 20. No. 6. pp. 725–732.
- Mitchell, J.E., Redlin J., Wonderlich S. y cols. (2002). "The relationship between compulsive buying and eating disorders". *International Journal of Eating Disorders*; 32: 107–111.
- Mitchell, J.E., Devlin, M.J., de Zwaan, M., Crow, S.J., y Peterson, C.B. (2008). *Binge-eating disorder. Clinical foundation and treatment*. New York, Guilford Press.
- Mizes, J.S. (1988). "Personality characteristics of bulimic and non-eating-disordered female controls: A cognitive behavioural perspective". *International Journal of Eating Disorders*, 7, 541–550.
- Motherby, G. (1785). "A new medical dictionary: Or a general respiratory of physic". London: J. Johnson y J, Robinson.

- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M., Crosby, R. D., Seim, H.C., y Crow, S.J. (1996). "Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*; 20: 324–331.
- Natuta, H., Hospers, h., Kok, G., y Jansen, A. (2000). "A comparison between a cognitive and a behavioural treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters". *Behavior Therapy*, 31. 441–461.
- Orleans, C. T., y Barnett, L. R. (1984). "Bulimarexia: Guidelines for behavioural assessment and treatment". In R. C. Hawkins, W. J. Fremouw, y P. F. Clement (Eds.) *The Binge-purge syndrome: Diagnosis, treatment and research (pp. 144–177)*. New York: Spinger.
- Pratt, E., Niego, S. And Stewart Agras, W. (1998). "Does the size of a binge matter?" *International Journal of Eating Disorders* 24: 307–312.
- Peñas-Lledó E., Vaz F., Ramos I., Waller G. (2002). "Impulsive behaviors in bulimic patients: relation to general psychopathology". *International Journal of Eating Disorders*; 32:98–102.
- Perpiñá, C. (1995). "Trastornos alimentarios". En *Manual de Psicopatología (Volumen 1)*. Belloch, Sandín y Ramos (Dirs.). Editorial McGraw Hill.
- Perpiñá, C. (2000). "Trastornos de la alimentación no especificados". Ponencia presentada en: *Jornadas sobre los trastornos de la alimentación. Sevilla*.
- Perpiñá, C., Botella, C., y Baños, R. M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento mediante realidad virtual*. Editorial Promolibro.
- Peterson C., Mitchell J., Engbloom S., Nugent S., Pederson M., Crow S., Miller J. (1998). "Binge eating disorder with and without a history of purging symptoms". *International Journal of Eating Disorders* 24: 251–257.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.P y Barbe, P. (2003). "Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women". *Obesity Research*, 11, 195–201.
- Piñeiro, B. y Sánchez-Planell, L. (2006). "Síndrome de atracones nocturnos: situación actual de un trastorno alimentario poco conocido". *Revista Española de Obesidad*, 4, 24–32.

- Polivy J., Herman C. P. (1993). "Etiology of binge eating: psychological mechanisms". En *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). The Guilford Press.
- Porzelius, L.K., Houston, C., Smithe, M., Arfken, C., y Fisher, E. (1995). "Comparison of a standard behavioural weight loss treatment and binge eating weight loss treatment". *Behavior Therapy, 26, 119-134*.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E. y Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 42, 60-64*.
- Ramacciotti C., Coli E., Passaglia C., Lacorte M., Pea E., Dell'Osso L. (1999). "Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy". *Psychiatry Research 94 (2000) 131-138*.
- Raymond, N.C., de Zwaan, M., Mitchell, J.E, Ackard, D., y Thuras, P. (2002). "Effect of a very low calorie diet on the diagnostic category of individuals either binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders, 31,49-56*.
- Raymond, N.C., de Zwaan, M., Mitchell, J.E, de Zwaan, M. y Crosby, R.D. (1995). "An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa". *International Journal of Eating Disorders, 18, 135-143*.
- Reas D., Grilo C. (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, 40:2 165-170*
- Rieder S., Ruderman A. (2001). "Cognitive factors associated with binge and purge eating behaviors: the interaction of body dissatisfaction and body image importance". *Cognitive Therapy and Research, (2001). Vol. 25, No. 6, pp. 801-812*.
- Rivas T., Bersabé R. y Jiménez M. (2004). "Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles". *Psicología Conductual, Vol. 12, N° 3, 2004, pp. 447-461*.
- Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán L. y Vila, M. (2003). "Epidemiology and Risk Factor of Eating Disorders: A Two-stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 years". *International journal of Eating Disorders, 34, 281-291*.

- Rosen J. (2002). "Obesity and body image". En *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. Cash T. Y Pruzinsky T. (Dirs.). The Guilford Press.
- Rosen J.C., y Leitenberg, H. (1982). "Bulimia Nervosa: Treatment with exposure and response prevention". *Behavior Therapy, 13, 117-124*.
- Rosen J.C., Leitenberg, H., Fisher, C., y Khazam, C. (1986). "Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed". *International Journal of Eating Disorders 5: 255-267*.
- Sansone R., Wiederman M., Sansone L. (2000). "The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity. A critical review of the literature". *Eating Behaviors 1 (2000) 93-104*.
- Santonastaso P., Ferrara S., Favaro A. (1999). "Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa". *International Journal of Eating Disorders 25: 215-218*.
- Schlundt, D.G., y Johnson, W.G. (1990). "*Eating disorders: Assessment and treatment*". Boston: Allyn y Bacon.
- Schwartz M., Brownell, K. (2002). "Obesity and Body image". En *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. Cash T. Y Pruzinsky T. (Dirs.). The Guilford Press.
- Shewood, N.E., Jeffery, R.W., y Wing, R.R. (1999). "Binge status as a predictor of weight loss treatment". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 23, 485-493*.
- Smolak, L. (2002). "Body image development in children". En *Body Image. A handbook of theory, research and clinical practice*. Cash T. y Pruzinsky (Editors). The Guilford Press.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., y Mitchell, J. (1994). "Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge disorder". *Comprehensive Psychiatry, 35, 185-190*.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Gibbon, M. (1987). Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). *New York: New York State Psychiatric Institute, Biometric Research*.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., y Gibbon, M., First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Arch. Gen. Psychiatry 48: 624-629*.
- Spitzer, R.L., Devlin, M.J, Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T.A., Yanovski, S., Agras, W.S. Mithcell, J., y Nonas, C. (1992). "Binge eating disorder: A

- multisite field trial for the diagnostic criteria". *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Spurrell, E. B., Wilfied, D. E., Tanovsky, M. B., Brownell, K.D. (1997). "Age of onset for binge-eating. Are they different pathways to binge-eating?" *International Journal of Eating Disorders*, 21, 55–65.
- Stanton, A.L., Garcia, M.E., & Green, S.B. (1990). Development and validation of situational appetite measures. *Addictive Behaviours*, vol. 15, 461–472.
- Steinberg, S., Tobin, D., y Johnson, C. (1989). "The role of bulimic behaviors in affect regulation: Different functions for different patient subgroups?" *International Journal of Eating Disorders*, 9, 51–55.
- Stice E., Stewart Agras, W. (1998). "Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis". *Behavior Therapy*, 1998; vol 29 (2): 257–276.
- Stice, E. (2002). "Body image and Bulimia Nervosa". En *Body Image. A Handbook of theory, research and clinical practice*. Cash T. Y Pruzinsky T. (Dir.). The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. (1993). "Etiology of Binge Eating: A developmental perspective". En *Binge Eating: nature, assessment and treatment*. Fairburn C. y Wilson T. (Editors). The Guilford Press.
- Striegel-Moore, R.H., y Franko, D.L. (2008). Should Binge Eating Disorder Be Included in the DSM-V? A Critical Review of the State of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305–24
- Striegel-Moore, R. y cols. (1998). "Binge eating in an obese community sample". *International Journal of Eating Disorders* 23: 27–37.
- Striegel-Moore, R. y cols. (2000). "Subthreshold binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders* 27: 207–278.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Hook, J. M., Schreiber, G. B., Crawford, P. B., Daniels, S.R. (2005). "Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates". *International Journal of Eating Disorders*, 37, 200–6.

- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., May, A., Ach, E., Thompson, D., Hook, J. M. (2006) "Should Night Eating Syndrome Be Included in the DSM?" *International Journal of Eating Disorders* 39, 544-49.
- Striegel-Moore R. H., Franko D. L. (2008). "Should Binge Eating Disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence". *Annual Review of Clinical Psychology*, 4: 305-324.
- Stunkard, A. J. (1959). "Eating patterns and obesity". *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-295.
- Stunkard, A. J. (1993). "A history of Binge eating". En *Binge eating. Nature, assessment and treatment*. Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). The Guilford Press.
- Stunkard, A.J., Allison, K.C. (2003). "Two forms of disordered eating in obesity: Binge eating and night eating". *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 1-12.
- Stunkard A. J., Grace W. J., Wolf H. G. (1955). "The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients". *American Journal of Medicine*, 19, 78-86.
- Tanofsky M., Wilfley E., Borman E., Welch R., Brownell K. (1997). *International Journal of Eating Disorders* 21, No. 1, 49-54(1997).
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S.Z. (2004). "Eating Disorder or Disordered Eating? Non-normative Eating Patterns in obese Individuals". *Obesity Research*, 12, 1361-66.
- Telch, C.F., Agras, W.S., y Rossiter, E.M. (1988). "Binge eating increases with increasing adiposity". *International Journal of Eating Disorders* 7.115-119.
- Telch, C.F., y Stice, E. (1998). "Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768-776.
- Telch, C., Pratt, E., Niego, S. (1998) "Obese women with binge eating disorder. Define the term binge". *International Journal of Eating Disorders*; 24: 313-317.
- Tobin, D.L., Griffing, A., y Griffing, S. (1997). "An examination of subtype criteria for bulimia nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 22.179-186.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Editorial Ariel.
- Van Serien, T., Schippers, G.M., Cox, W.M. (1995). "On the relationship between emotional and external eating behaviour". *Addictive behaviours*, 20, 585-94.

- Van Strien, T. (1996). "On the relationship between dieting and obese and bulimic eating patterns". *International Journal of Eating Disorders Vol. 19, No. 1, 83–92.*
- Vanderlinder, J., Dalle Grave, R., Wandereycken, W., Noorduin, C. (2001). "Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students". *Eating Behaviors 2 (2001), 79–83.*
- Vögele C., Florin I. (1997). "Psychophysiological responses to food exposure: an experimental study in binge eaters". *International Journal of Eating Disorders, Vol. 21, No. 2, 147–157.*
- Von Ranson K., Kaye W., Wetlzin T., Rao R., Matsunaga H. (1999). "Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry 156: 1703–1708.*
- Walsh, T. (1993). "Binge eating in Bulimia Nervosa". En *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). The Guilford Press.
- Walsh, B.T., Kiaailwdd, H.R., Cassidy, S.M. y Dantzic, S. (1989). "Eating behaviour of women with bulimia". *Archives of General Psychiatry, 46, 54–58.*
- Welch, G.W., Hall, A., & Walkey, F.H. (1988) "The factor structure of the eating disorders inventory". *Journal of Clinical Psychology, 44, 51–56.*
- Westen D., Harnden-Fischer J. (2001). "Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II". *American Journal of Psychiatry 2001; 158: 547–562.*
- Williamson D., Womble L., Smeets M., Netemeyer R., Thaq J., Kutlesic V., Gleaves D. (2002). "Latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation". *American Journal of Psychiatry 2002; 159: 412–418.*
- Wilfley D. E., Friedman, M.A., Douchis, J. Z., Stein, R.I., Welch, R., y Ball, S.A. (2000). "Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 641–649.*
- Wilfley D., Schwartz M., Spurrell E., Fairburn, C. (2000). "Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder". *International Journal of Eating Disorders 27: 259–269.*

- Wilson, G. T., (1984). "Toward the understanding and treatment of binge eating". En R. C. Hawkins, W. J. Fremouw, y P.F. Clement (Eds.) *The binge#purge syndrome (pp. 624-289). New York: Springer.*
- Wilson, G. T., (1993). "Binge eating and adictive disorders". En Binge eating. Nature, assessment and treatment". Fairburn C. Y Wilson G. (Editors). *The guilford press.*
- Wood, A., Waller, G., y Gowers, S. (1994). "Predictors of eating psychopathology in adolescent girl". *Eating Disorders Review*, vol.2, No. 1, 6-13.
- Wolff E., Clark M. (2001). "Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive-behavioral group therapy for binge eating disorder. A clinical study". *Eating Behaviors (2001): 2, 97-104.*
- Yanowsky S. Z. (1993). "Binge eating disorder: Currente knowledge and future directions". *Obesity Research, 1, 306-324.*
- Yanowsky S. Z., Gormally, J.F., Leser, M.S., Gwirstman, H.E., y Yanovski, J.A. (1994). "Binge eating disorder affects outcome of comprehensive very-low-calorie diet". *Obesity Research, 2, 205-212.*
- Yanowsky S.Z., Nelson J.E., Dubbert B.K y Spitzer R. (1993). "Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects". *American Journal of Psychiatry. 150: 1472-1479.*
- Zotter, D.L., y Crowther, J.H. (1991). "The role of cognitions in bulimia nervosa". *Cognitive Therapy and Research, 15, 413-426.*

6. ANEXO: Protocolo de evaluación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellidos _____
Dirección _____
Teléfono de contacto _____

MANIFIESTO:

1. Que he sido informada de las pruebas* que realizare como consecuencia de la investigación que se está llevando a cabo.
2. Que acepto libre y voluntariamente y me comprometo a seguir las indicaciones, y a formalizar los cuestionarios que se me indiquen.
3. Que, puedo abandonar el proyecto en el momento que quiera y que, igualmente la investigadora, puede dar por finalizada mi colaboración si no se cumplen unas condiciones mínimas establecidas.
4. Que los datos derivados de las pruebas pasadas, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y anonimato, pueden ser objeto de divulgación científica.

**Las pruebas consistirán en cuestionarios psicológicos relacionados con la investigación. En ningún caso se realizarán analíticas o cualquier otro tipo de prueba médica.*

La información respecto a este consentimiento me ha sido dada de forma comprensible, por lo que tomo libremente la decisión de autorizar a la investigadora para proceder a la obtención de los datos que para este proyecto sean necesarios.

La interesada

La investigadora

Firma del familiar (si la interesada es menor de edad)

Valencia, a _____ de _____ de 200__

Rastreo de los T. A., incluido el trastorno por atracón

(adaptado de SCID)

*Presencia de atracones objetivos 2 veces a la semana durante 6 meses (**gran cantidad de comida en un breve período de tiempo y sensación de pérdida de control**).

Me gustaría preguntarte sobre episodios de comer en exceso que hayas tenido durante los últimos 6 meses. La gente quiere decir diferentes cosas por “comer en exceso”. Me gustaría que describieras cualquier situación en la que tú hayas sentido que has comido demasiado de una vez.

Presencia SI NO Frecuencia _____

*Cantidad:

Normalmente, ¿qué es lo que comes en esas ocasiones?

	<i>Frecuencia</i>
A.OBJETIVOS	
A.SUBJETIVOS	

¿Había otras personas presentes en esos momentos?.....SI NO

*Control:

¿Has tenido la sensación de perder el control en esas ocasiones?.....SI NO

*Gravedad:

¿Has podido parar de comer una vez que has empezado?.....SI NO

¿Has podido evitar que ocurrieran esos episodios?.....SI NO

*Características del atracón: (3 ó más de los siguientes durante los episodios)

- ¿Has notado que comes más deprisa de lo habitual?.....SI NO

- ¿Comes hasta que no puedes más de lo llena que estás?.....SI NO

- ¿Comes grandes cantidades aunque no tengas hambre?.....SI NO

- ¿Prefieres comer a solas en esas ocasiones?.....SI NO

- ¿Cómo te has sentido después?

Culpable de haber hecho algo malo horrible _____

- ¿Por qué?

*Malestar al recordar el atracón:

¿Cómo te sientes cuando recuerdas esos episodios?

*Conductas compensatorias para no ganar peso:

¿Has utilizado algún método después de esos episodios, o en otros momentos, para controlar tu peso y tu figura?

Vómito/Laxantes/Diuréticos Infusiones/Enemas/Fármacos Ayuno/Dieta/Ejercicio excesivo

INVENTARIO BREVE DE SÍNTOMAS

Derogatis & Melisaratos, 1983; adaptado por Mezzich & Ruipérez, 1996

A continuación encontrarás una lista de problemas que en ocasiones nos pueden ocurrir. Indica con un aspa (X) la frecuencia que mejor describa AQUELLAS SITUACIONES QUE TE HAN MOLESTADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Elige sólo una respuesta en cada ítem.

Nada: 0 Un poco: 1 Moderadamente: 2 Bastante: 3 Mucho: 4

Durante los últimos 30 días, cuánto te ha molestado....	0	1	2	3	4
1. Nerviosismo o temblor interno					
2. Debilidad o mareos					
3. La idea de que alguien pueda controlar tus pensamientos					
4. Sentimientos de que otros tienen la culpa de la mayoría de tus problemas					
5. Dificultad para recordar cosas					
6. Sentirse fácilmente molesto o irritable					
7. Dolor de corazón o pecho					
8. Sentirse temeroso en los espacios abiertos					
9. Pensamientos de suicidio					
10.Sentimientos de que no se puede confiar en la gente					
11. Susto súbito sin razón					
12. Explosión de cólera que no puedes controlar					
13.Sentimiento de soledad aunque te encuentres con otras personas					
14.Sensación de bloqueo para hacer cosas					
15.Sentimientos de soledad					
16.Sentimientos de tristeza					
17.Sensación de desinterés por las cosas					
18.Sentimientos de miedo					
19.Tus sentimientos se pueden herir fácilmente					
20.Sentimientos de que la gente no es amigable ni gusta de ti					
21.Sentimientos de inferioridad					
22.Nauseas o trastornos estomacales					
23.Sentimientos de que otros te observan o comentan sobre ti					
24.Tener que verificar una y otra vez las cosas que haces					
25.Dificultades para tomar decisiones					
26.Temor a viajar en autobús					
28.Episodios de calor y frío					
29.Evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te asustan					
30.La mente se te queda en blanco					
31.Adormecimientos o calambres					

Durante los últimos 30 días, cuánto te ha molestado...	0	1	2	3	4
32.La idea de que debes ser castigada por tus pecados					
33.Sentimiento de desesperanza sobre el futuro					
34.Dificultades de concentración					
35.Sensación de debilidad en partes del cuerpo					
36.Sentimientos de tensión o agotamiento					
37.Impulsos de pegar, herir o hacer daño a alguien					
38.Impulsos de romper o destruir cosas					
39.Sentimientos de timidez o vergüenza					
40.Sensación de inquietud en lugares o con mucha gente					
41.Dificultad de sentirte cercana a otras personas					
42.Crisis de temor o de pánico					
43.Meterte en querellas frecuentemente					
44.Te sientes nerviosa cuando estas sola					
45.Los demás no te dan suficiente crédito por tus logros					
46.Dificultad para estar quieta					
47.Sentimientos de devaluación					
48.Sensación de que la gente se aprovecha de ti, si les dejas					
49.La idea de que algo está mal en tu mente					
50.¿Con qué frecuencia has tomado bebidas alcohólicas o drogas en los últimos 30 días?					
51.¿Tu o alguien próximo a ti, ha sentido que tienes un problema con el alcohol o las drogas?					

BFQ (EE / T)

Caprara, Barbaranelli & Borgogni; 1993

Marca con un aspa (X) la respuesta que describa mejor cuál es tu forma habitual de pensar, sentir o actuar. Guíate por la siguiente tabla:

5	Completamente VERDADERO para mí
4	Bastante VERDADERO para mí
3	Ni VERDADERO ni FALSO para mí
2	Bastante FALSO para mí
1	Completamente FALSO para mí

	5	4	3	2	1
1. No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas					
2. Tiendo a implicarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas					
3. Nunca he dicho una mentira					
4. Tiendo a ser muy reflexiva					
5. No suelo sentirme tensa					
6. Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás					
7. Ante los obstáculos grandes, no conviene empeñarse en conseguir los objetivos					
8. propios					
9. Soy más bien susceptible					
10. Siempre he resuelto de inmediato todos los problemas que he encontrado					
11. Llevo a cabo las decisiones que he tomado					
12. No es fácil que alguien o algo me hagan perder la paciencia					
13. Nunca me he asustado ante un peligro, aunque fuera grave					
14. Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles					
15. consecuencias					
16. No creo ser una persona ansiosa					
17. Siempre he estado absolutamente segura de todas mis acciones					
18. No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada					
19. Me siento vulnerable a las críticas de los demás					
20. Nunca he desobedecido las órdenes recibidas, ni siquiera siendo niña					
21. No creo que sea preciso esforzarse más allá del límite de las propias fuerzas,					
22. incluso aunque haya que cumplir algún plazo					
23. En general no me irrito, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos					
24. suficientes para ello					
24. Cuando me enfado manifiesto mi mal humor					

25. Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto					
26. Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos					
27. No suelo sentirme sola y triste					
28. Cuando algo entorpece mis proyectos, no insisto en conseguirlos e intento					
29. otros					
30. Me molesta mucho el desorden					
31. No suelo reaccionar de modo impulsivo					
32. Mi humor pasa por altibajos frecuentes					
33. A veces me enfado por cosas de poca importancia					
34. No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles					
35. A menudo me noto inquieta					
36. Difícilmente desisto de una actividad que he comenzado					
37. No suelo perder la calma					
38. A veces soy tan escrupulosa que puedo resultar pesada					
39. Siempre me he comportado de modo totalmente desinteresado					
40. No tengo dificultad para controlar mis sentimientos					
41. Nunca he sido una perfeccionista					
42. En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente					
43. Nunca he discutido o peleado con otra persona					
44. Es inútil empeñarse totalmente en algo					
45. Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni siquiera ante las emociones					
46. fuertes					
47. No suelo reaccionar a las provocaciones					
48. Nada de lo que he hecho podría haberlo hecho mejor					
49. Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo					
50. A menudo me siento nerviosa					
51. Siempre he comprendido de inmediato todo lo que he leído					
52. Me molesta mucho que me interrumpan mientras estoy haciendo algo que me					
53. interesa					
54. Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo					
55. Si algo no se desarrolla tan pronto como esperaba, no insisto demasiado					
56. Cuando un trabajo está terminado, no me pongo a repararlo en sus mínimos					
57. detalles					
58. Nunca he criticado a otra persona					
59. Sólo quedo satisfecha cuando veo los resultados de lo que había programado					
60. Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones					
61. Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control					
62. A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme					
63. No suelo cambiar de humor bruscamente					
64. Cuando empiezo a hacer algo, nunca se si lo terminaré					
65. Siempre he mostrado simpatía por todas las personas que he conocido					
66. Suelo cuidar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles					
67. No creo que sea útil perder el tiempo repasando varias veces el trabajo hecho					

BITE
Henderson & Freeman, 1987

Marque con una X lo que corresponda.

1. ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? SI NO
2. ¿Realiza usted dietas rigurosas? SI NO
3. ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque sólo sea una vez? SI NO
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come aunque no esté a dieta? SI NO
5. ¿Alguna vez ha ayunado un día entero? SI NO

6.....si responde "SI", ¿con qué frecuencia lo hace?

- | | |
|----------------------|---|
| Un día si y otro no | 5 |
| 2-3 veces por semana | 4 |
| Una vez por semana | 3 |
| De vez en cuando | 2 |
| Una sola vez | 1 |

7. ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso? (Rodee en cada caso con un círculo según la frecuencia)

	Nunca	Ocasionalmente	Una vez por semana	2 ó 3 veces por semana	Diariamente	2 ó 3 veces al día	5 ó más veces al día
Píldoras adelgazantes	0	2	3	4	5	6	7
Tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Provocarse el vómito	0	2	3	4	5	6	7

8. ¿Siente usted perturbada severamente su vida por sus hábitos alimentarios? SI NO
9. ¿Considera que la comida domina su vida? SI NO
10. ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? SI NO
11. ¿Hay veces en que lo único que puede hacer es pensar en comida? SI NO
12. ¿Come cantidades racionales delante de los demás y luego se atiborra en secreto? SI NO
13. ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? SI NO
14. ¿Experimenta alguna vez un deseo *arrollador* de comer, comer y comer? SI NO
15. ¿Cuándo se siente ansiosa tiende a comer mucho? SI NO
16. ¿Le aterroriza la idea de llegar a convertirse en obesa? SI NO
17. ¿Alguna vez consume rápidamente grandes cantidades de alimentos? (no solamente durante las comidas). SI NO
18. ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? SI NO

19. ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?	SI	NO
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SI	NO
21. ¿Es capaz de dejar comida en el plato al terminar de comer?	SI	NO
22. ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?	SI	NO
23. La cantidad que come, ¿depende directamente del hambre que tenga?	SI	NO
24. ¿Se da siempre grandes atracones de comer?	SI	NO
25.....si responde "SI" ¿se desprecia a si misma si se excede comiendo?	SI	NO
26. Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está sola?	SI	NO
27. Si se excede comiendo ¿con que frecuencia lo hace?		
2-3 veces al día	6	
Diariamente	5	
2-3 veces por semana	4	
Una vez por semana	3	
Una vez al mes	2	
Casi nunca	1	
28. ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de un atracón?	SI	NO
29. Si come en exceso, ¿se siente muy culpable?	SI	NO
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SI	NO
31. ¿Considera normales sus hábitos alimentarios?	SI	NO
32. ¿Se considera a si misma una glotona compulsiva?	SI	NO
33. ¿Varía su peso en más de 2,5 Kg. a la semana?	SI	NO

-Gracias por su colaboración-

EDI

Garner et al., 1993

A continuación verás una serie de frases relacionadas con la comida y otras a los sentimientos o actitudes que experimentas. Responde marcando con un aspa (X) el número que mejor se ajuste a lo que a ti te ocurre. Puedes guiarte por la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

1.Como dulces e hidratos de carbono sin sentirme nerviosa	0	1	2	3	4	5
2.Creo que mi estómago es demasiado grande	0	1	2	3	4	5
3.Me gustaría volver a la seguridad de la niñez	0	1	2	3	4	5
4.Cuando estoy mal, disgustada o alterada me pongo a comer	0	1	2	3	4	5
5.Me atiborro de comida (me doy atracones)	0	1	2	3	4	5
6.Desearía ser más joven	0	1	2	3	4	5
7.Pienso en hacer dieta	0	1	2	3	4	5
8.Me asusto cuando mis sentimientos son demasiado intensos	0	1	2	3	4	5
9.Creo que mis muslos son demasiado gruesos	0	1	2	3	4	5
10.Me siento inútil como persona	0	1	2	3	4	5
11.Me siento culpable después de comer en exceso	0	1	2	3	4	5
12.Creo que mi estómago tiene el tamaño justo	0	1	2	3	4	5
13.En mi familia sólo es bueno lo que se hace de modo sobresaliente	0	1	2	3	4	5
14.La niñez es la época más feliz de mi vida	0	1	2	3	4	5
15.Expreso abiertamente mis sentimientos	0	1	2	3	4	5
16.Ganar peso me aterroriza	0	1	2	3	4	5
17.Confío en los demás	0	1	2	3	4	5
18.Me siento sola en el mundo	0	1	2	3	4	5
19.Estoy satisfecha con la forma de mi cuerpo	0	1	2	3	4	5
20.Normalmente, siento que tengo control sobre los asuntos de mi vida	0	1	2	3	4	5
21.Me siento confusa sobre que emoción estoy sintiendo	0	1	2	3	4	5
22.Prefiero ser adulta que niña	0	1	2	3	4	5
23.Tengo facilidad para comunicarme con los demás	0	1	2	3	4	5
24.Desearía ser otra persona	0	1	2	3	4	5
25.Exagero o magnifico la importancia del peso	0	1	2	3	4	5
26.Se identificar claramente la emoción que estoy sintiendo	0	1	2	3	4	5
27.Me siento inadecuada	0	1	2	3	4	5
28.He tenido "atracones" en los que tenía la sensación de que no podía parar de comer	0	1	2	3	4	5
29.Cuando era niña me esforzaba mucho en evitar decepcionar a mis padres y maestros	0	1	2	3	4	5
30.Tengo amistades íntimas	0	1	2	3	4	5
31.Me gusta la forma de mis nalgas	0	1	2	3	4	5
32.Estoy preocupada por querer estar más delgada	0	1	2	3	4	5
33.No sé qué es lo que pasa en mi interior	0	1	2	3	4	5
34.Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3	4	5
35.Las exigencias de la edad adulta son demasiado grandes	0	1	2	3	4	5
36.Odio no hacer las cosas perfectamente	0	1	2	3	4	5
37.Me siento segura de mi misma	0	1	2	3	4	5
38.Suelo pensar en darme atracones (o en comer en exceso)	0	1	2	3	4	5
39.Me siento feliz de no ser ya una niña	0	1	2	3	4	5
40.No sé muy bien cuando tengo hambre o no	0	1	2	3	4	5
41.Tengo una opinión muy pobre de mi misma	0	1	2	3	4	5
42.Creo que puedo conseguir mis propósitos	0	1	2	3	4	5
43.Mis padres han esperado mucho de mí	0	1	2	3	4	5
44.Me preocupa que mis sentimientos lleguen a estar fuera de control	0	1	2	3	4	5
45.Creo que mis caderas son demasiado anchas	0	1	2	3	4	5
46.Como moderadamente delante de los demás y me atiborro cuando se han ido	0	1	2	3	4	5
47.Me siento hinchada después de una comida normal	0	1	2	3	4	5
48.Creo que la gente es más feliz en su niñez	0	1	2	3	4	5
49.Si gano un kilo, me preocupa que pueda seguir engordando	0	1	2	3	4	5
50.Creo que soy una persona valiosa	0	1	2	3	4	5

0	1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre

51. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustada o enfadada	0	1	2	3	4	5
52. Creo que debo hacer las cosas perfectamente o no hacerlas.	0	1	2	3	4	5
53. He pensado en vomitar para perder peso	0	1	2	3	4	5
54. Necesito mantener a la gente a distancia (me incomoda que alguien intente intimar conmigo)	0	1	2	3	4	5
55. Creo que mis muslos tienen el tamaño justo	0	1	2	3	4	5
56. Me siento vacía (emocionalmente)	0	1	2	3	4	5
57. Puedo hablar de cosas o sentimientos personales	0	1	2	3	4	5
58. Los mejores años de la vida son cuando te haces adulto	0	1	2	3	4	5
59. Creo que mis nalgas son demasiado grandes	0	1	2	3	4	5
60. Tengo sentimientos que no sé identificar demasiado bien	0	1	2	3	4	5
61. Como o bebo en secreto	0	1	2	3	4	5
62. Creo que mis caderas tienen el tamaño justo	0	1	2	3	4	5
63. Mis metas son demasiado altas	0	1	2	3	4	5
64. Cuando estoy mal me preocupa ponerme a comer	0	1	2	3	4	5
65. La gente que realmente me gusta acaba decepcionándome	0	1	2	3	4	5
66. Me avergüenzan mis debilidades humanas	0	1	2	3	4	5
67. Otras personas dirían que soy emocionalmente inestable	0	1	2	3	4	5
68. Me gustaría tener un control absoluto sobre mis apetencias corporales	0	1	2	3	4	5
69. Me siento relajada en la mayoría de las situaciones de grupo	0	1	2	3	4	5
70. Digo cosas de manera impulsiva de las que luego me arrepiento	0	1	2	3	4	5
71. Me esfuerzo para buscar cosas que producen placer	0	1	2	3	4	5
72. Debo tener cuidado con mi tendencia a abusar de las drogas	0	1	2	3	4	5
73. Soy abierta con la mayoría de la gente	0	1	2	3	4	5
74. Me siento atrapada en las relaciones	0	1	2	3	4	5
75. El renunciar a mis deseos me hace sentir espiritualmente más fuerte	0	1	2	3	4	5
76. Los demás comprenden mis verdaderos problemas	0	1	2	3	4	5
77. Tengo pensamientos extraños que no me puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3	4	5
78. Comer por placer es un signo de debilidad moral	0	1	2	3	4	5
79. Soy propensa a tener estallidos de enfado o de ira	0	1	2	3	4	5
80. Creo que la gente me reconoce los méritos que tengo	0	1	2	3	4	5
81. Debo tener cuidado con mi tendencia a abusar del alcohol	0	1	2	3	4	5
82. Creo que relajarse es simplemente una pérdida de tiempo	0	1	2	3	4	5
83. Los demás dicen que me irrito con facilidad	0	1	2	3	4	5
84. Me siento como si saliera perdiendo en todas partes	0	1	2	3	4	5
85. Tengo cambios de humor bruscos	0	1	2	3	4	5
86. Mis apetencias corporales me incomodan	0	1	2	3	4	5
87. Prefiero pasar el tiempo sola que en compañía de otros	0	1	2	3	4	5
88. El sufrimiento te hace ser una mejor persona	0	1	2	3	4	5
89. Sé que la gente me quiere	0	1	2	3	4	5
90. Me siento como si debiera hacerme daño o hacérselo a los demás	0	1	2	3	4	5
91. Creo que sé quien soy realmente	0	1	2	3	4	5

- Gracias por tu colaboración.-

ECE

Arnow, Kenardy y Agras (1995) adaptado

Todas las personas respondemos a las distintas emociones de maneras diferentes. Algunos tipos de sentimientos hacen que las personas experimenten como un impulso a comer. Por favor, indica marcando con un aspa (X) la casilla que mejor se ajuste a lo que tu piensas, hasta qué punto los siguientes sentimientos te hacen sentir un **impulso por comer**).

Cuando me siento...

	Ningún deseo de comer	Un ligero deseo de comer	Un moderado deseo de comer	Un fuerte impulso por comer	Un irresistible impulso por comer
RESENTIDA					
DESANIMADA					
TEMBLOROSA					
RENDIDA					
INADECUADA					
ANSIOSA					
REBELDE					
MELANCÓLICA					
ATACADA DE LOS NERVIOS					
TRISTE					
INQUIETA					
IRRITADA					
CELOSA					
PREOCUPADA					
FRUSTRADA					
SOLA					
FURIOSA					
AL LÍMITE					
CONFUSA					
NERVIOSA					
ENFADADA					
CULPABLE					
ABURRIDA					
IMPOTENTE					
ALTERADA					
CONTENTA					
DIVERTIDA					
EUFÓRICA					
ORGULLOSA					
SATISFECHA					
ANIMADA					
SEGURA					
CÓMODA					
TRANQUILA					
ALEGRE					
RELAJADA					
ACOMPAÑADA					
ENTRETENIDA					
FELIZ					
SORPRENDIDA					
QUERIDA					
VALORADA					
PROTAGONISTA					

FCQ-R
Cepeda-Benito et al. (1998)

Hemos escrito una lista de comentarios que la gente ha hecho acerca de sentimientos, pensamientos, deseos, tentaciones y antojos relacionados con la comida y el comer. Por favor, utilizando los números que verás a la derecha, marca con un aspa (X) la frecuencia con que tu te sientes así, o **hasta qué punto cada comentario describe como tu piensas o te sientes en general:**

1-----2-----3-----4-----5-----6
 Nunca Raramente Algunas veces A menudo Casi siempre Siempre

1. A menudo cuando estoy con alguien que está comiendo me entra hambre	1	2	3	4	5	6
2. Cuando deseo comer algo, se que no seré capaz de parar de comer una vez que haya empezado.	1	2	3	4	5	6
3. Si como de lo que se me antoja, a menudo pierdo el control y como demasiado	1	2	3	4	5	6
4. Detesto no poder resistir la tentación de comer	1	2	3	4	5	6
5. Sin duda alguna, las ansias de comer me hacen pensar en cómo voy a conseguir lo que quiero comer.	1	2	3	4	5	6
6. No hago más que pensar en la comida	1	2	3	4	5	6
7. A menudo me siento culpable cuando deseo ciertas comidas	1	2	3	4	5	6
8. A veces me encuentro pensativo/a, preocupado/a por la comida	1	2	3	4	5	6
9. Como para sentirme mejor	1	2	3	4	5	6
10. Algunas veces, comer hace que las cosas parezcan perfectas.	1	2	3	4	5	6
11. Se me hace la boca agua cuando pienso en mis comidas favoritas	1	2	3	4	5	6
12. Siento deseos de comer cuando mi estómago está vacío	1	2	3	4	5	6
13. Siento como si mi cuerpo me pidiera ciertas comidas	1	2	3	4	5	6
14. Me entra tanto hambre que siento mi estómago como un pozo sin fondo	1	2	3	4	5	6
15. Cuando como lo que deseo me siento mejor	1	2	3	4	5	6
16. Cuando como lo que deseo me siento menos deprimido/a	1	2	3	4	5	6
17. Cuando como lo que deseo, me siento culpable conmigo mismo/a	1	2	3	4	5	6
18. Cada vez que deseo comer algo en particular, me pongo a hacer planes para comer	1	2	3	4	5	6
19. Comer me tranquiliza	1	2	3	4	5	6
20. Siento deseo de comer cuando estoy aburrido/a, enfadado/a o triste	1	2	3	4	5	6
21. Me siento menos ansioso/a después de comer	1	2	3	4	5	6
22. Si tengo la comida que deseo, no puedo parar de comerla	1	2	3	4	5	6
23. Cuando se me antoja una comida, normalmente intento comerla tan pronto como puedo	1	2	3	4	5	6
24. Cuando como lo que deseo, me siento de maravilla.	1	2	3	4	5	6
25.No tengo la fuerza de voluntad de resistir mis deseos de comer las comidas que se me antojan	1	2	3	4	5	6
26. Una vez que empiezo a comer, tengo problemas para parar	1	2	3	4	5	6
27. Por mucho que lo intente, no puedo parar de pensar en comer	1	2	3	4	5	6
28. Gasto demasiado tiempo pensando en lo próximo que voy a comer	1	2	3	4	5	6
29. Si me dejo llevar por el deseo de comer, pierdo totalmente el control	1	2	3	4	5	6
30. Sueño despierto/a con comida	1	2	3	4	5	6
31. Cada vez que deseo una comida, sigo pensando en comer hasta que como lo que se me había antojado	1	2	3	4	5	6
32. Si deseo comer algo, los pensamientos relacionados con comerlo, me agotan	1	2	3	4	5	6
33. A menudo mis emociones hacen que desee comer	1	2	3	4	5	6
34. Cada vez que voy a un banquete, termino comiendo más de lo que necesito	1	2	3	4	5	6
35. Para mí es difícil resistir a la tentación de tomar comidas apetecibles que están a mi alcance	1	2	3	4	5	6
36. Cuando estoy con alguien que se pasa comiendo, normalmente yo también como demasiado	1	2	3	4	5	6
37. Comer, me alivia	1	2	3	4	5	6

SAM

Stanton, García y Green (1990) adaptado.

A continuación verás una serie de situaciones. Por favor, indica marcando con un aspa (X) si en esa circunstancia tienes el impulso o la necesidad de comer. Junto a esa casilla encontrarás otra con números del 0 al 4. Señala marcando con un aspa con qué frecuencia esa circunstancia da pie a un atracón, o tu necesidad de comer se ha convertido en un atracón. Puedes guiarte por la siguiente escala:

0-----1-----2-----3-----4
 Nunca Rara vez A menudo Habitualmente Siempre

1. Cuando estoy viendo la TV.	0	1	2	3	4
2. Cuando paso por un restaurante, una tienda o una máquina dispensadora donde la comida está disponible.	0	1	2	3	4
3. Cuando mi estómago ruge.	0	1	2	3	4
4. Cuando quiero recompensarme por algo bueno que he hecho.	0	1	2	3	4
5. Cuando acabo de tener una discusión con alguien.	0	1	2	3	4
6. Cuando llego a casa del trabajo o de clase.	0	1	2	3	4
7. Cuando tengo comida a mi alrededor (está fácilmente disponible).	0	1	2	3	4
8. Cuando tengo pinchazos en el estómago.	0	1	2	3	4
9. Cuando ha ocurrido algo bueno.	0	1	2	3	4
10. Cuando me siento fastidiado/a.	0	1	2	3	4
11. Entrada la noche.	0	1	2	3	4
12. Cuando intento comer solamente un poco de comida apetitosa.	0	1	2	3	4
13. Cuando siento hambre.	0	1	2	3	4
14. Cuando he tenido éxito en algo.	0	1	2	3	4
15. Cuando me siento frustrado/a.	0	1	2	3	4
16. Cuando estoy relajado/a en casa.	0	1	2	3	4
17. Cuando estoy cocinando para otros/as.	0	1	2	3	4
18. Cuando estoy muerto/a de hambre.	0	1	2	3	4
19. Cuando he hecho algo bien en el trabajo o un examen.	0	1	2	3	4
20. Cuando estoy preocupado/a.	0	1	2	3	4
21. Cuando estoy "tirado/a" por casa.	0	1	2	3	4
22. Cuando estoy en un restaurante y me preguntan qué quiero tomar, aunque no hubiese planeado comer	0	1	2	3	4
23. Cuando no he comido nada en mucho rato y estoy deseando comer algo.	0	1	2	3	4
24. Cuando me entero de buenas noticias.	0	1	2	3	4
25. Cuando estoy nervioso/a.	0	1	2	3	4
26. Cuando estoy tranquilo/a en casa.	0	1	2	3	4
27. Cuando veo comer a otros/as.	0	1	2	3	4
28. Cuando estoy hambriento/a.	0	1	2	3	4
29. Cuando me siento bien por haber hecho algo bien.	0	1	2	3	4
30. Cuando estoy enfadado/a conmigo mismo/a.	0	1	2	3	4

YBC-EDS
Mazure, Halmi, Sunday, Romano y Einhorn (1994)
(Adaptado)

A continuación encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir actuar. Léelas atentamente y marca la respuesta que describa mejor cuál es tu forma habitual de pensar, sentir o actuar.

Junto a cada frase encontrarás unos números, van desde el 0 hasta el 4, y te indican hasta que punto tu piensas, sientes o haces, lo que dice la frase. Sólo tienes que marcar con un aspa (X), la que elijas. Las alternativas son:

- 0. Nunca
- 1. Rara vez
- 2. A menudo
- 3. Habitualmente
- 4. Siempre

Este es un ejemplo de respuesta:

- | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Temes a subir en avión | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Necesitas comprobar que has cerrado con llave la puerta de tu casa al salir. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, sólo se trata de dar tu propia opinión acerca de ti. Trata de ser sincera contigo misma y contesta con espontaneidad, sin pensártelo demasiado. Tus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo se utilizarán de modo global, transformándolas en puntuaciones.

Si al marcar tu contestación te equivocas o quieres cambiar alguna respuesta, borra el aspa X y marca en el otro número que hayas elegido. Por favor no dejes ninguna pregunta sin contestar, eso invalida el cuestionario.

- Gracias por tu colaboración -

	N U N C	R A R A	A M E	H A B I	S I E M P R E
	A	V E Z	N U D O	T U A L M	P R E
1. Clasificas toda la comida en buen o mala	0	1	2	3	4
2. Piensas excesivamente en el contenido de grasa de la comida	0	1	2	3	4
3. Piensas excesivamente en el contenido calórico de la comida	0	1	2	3	4
4. Piensas excesivamente en el contenido de azúcar de la comida	0	1	2	3	4
5. Piensas que comer cierto tipo de comida provocará cambios corporales inmediatos. (p.e. comer grasa y pensar que se depositará en tus caderas).	0	1	2	3	4
6. Tienes miedo a comer un plato lleno de comida	0	1	2	3	4
7. Tienes miedo a comer toda la comida que hay en un plato	0	1	2	3	4
8. Tienes miedo a beber líquidos	0	1	2	3	4
9. Tienes miedo a no ser capaz de beber líquidos	0	1	2	3	4
10. Tienes miedo a ser incapaz de comer	0	1	2	3	4
11. Tienes miedo a ser incapaz de parar de comer	0	1	2	3	4
12. Tienes miedo a comer delante de otras personas	0	1	2	3	4
13. Tienes miedo a ser gorda o tener sobrepeso	0	1	2	3	4
14. Te preocupa sobrepasar un peso concreto o que tu peso se salga de un pequeño intervalo.	0	1	2	3	4
15. Te preocupas excesivamente por una parte específica de tu cuerpo o aspectos de tu apariencia	0	1	2	3	4
16. Tienes miedo a que los/as demás piensen que estás gorda	0	1	2	3	4
17. Te preocupas excesivamente por la talla de la ropa (no comprarías ropa, aunque te quedara bien, que no fuese de una talla pequeña).	0	1	2	3	4
18. Tienes miedo a llevar cierto tipo de ropa	0	1	2	3	4
19. Tienes miedo a llevar ropa demasiado ancha o demasiado ajustada	0	1	2	3	4
20. Piensas en almacenar comida	0	1	2	3	4
21. Piensas en hacer ejercicio	0	1	2	3	4

	N U N C A	R A R A V E Z	A M E N U D O	H A B I T U A L M	S I E M P R E
1. Necesitas comer la comida a un ritmo determinado	0	1	2	3	
2. Necesitas masticar cada bocado un número concreto de veces	0	1	2	3	4
3. Necesitas cortar cada trozo de comida de un tamaño determinado	0	1	2	3	4
4. Necesitas consumir comida de cierto tipo o color	0	1	2	3	4
5. Necesitas evitar cierto tipo de comida (p.e. grasas)	0	1	2	3	4
6. Necesitas acabar de comerte un tipo de alimento para poder comer otro (p.e. comerte todos los guisantes antes de empezar con las patatas)	0	1	2	3	4
7. Necesitas tomar los líquidos en una cantidad o de una manera determinada (p.e. tomar 2 vasos de agua antes de las comidas)	0	1	2	3	4
8. Necesitas comer cosas hechas por ti.	0	1	2	3	4
9. Necesitas dejar comer algo de comida en el plato, no puedes comer todo lo que hay en el plato	0	1	2	3	4
10. Necesitas manipular o revolver la comida	0	1	2	3	4
11. Necesitas llenar el vaso o el plato sólo parcialmente. No puedes llenarlos del todo	0	1	2	3	4
12. Necesitas poner la mesa de un modo determinado antes de comer	0	1	2	3	4
13. Necesitas limpiarte la boca con la servilleta un número fijo de veces después de cada bocado.	0	1	2	3	4
14. La comida no puede tocar tus labios	0	1	2	3	4
15. Ninguna parte del cuerpo puede tocar la mesa o el plato	0	1	2	3	4
16. Necesitas comer exactamente lo que está planeado (p.e. no se puede sustituir una naranja por una manzana)	0	1	2	3	4
17. Necesitas contar las calorías de todo lo que comes	0	1	2	3	4
18. Necesitas calcular la grasa de todo lo que comes	0	1	2	3	4
19. Necesitas cocinar para otras personas	0	1	2	3	4
20. Necesitas empezar cada atracón con un tipo de comida o con alimentos de un color específico	0	1	2	3	4
21. Necesitas comer sólo cierto tipo/s de comida	0	1	2	3	4
22. Necesitas comer toda la comida que esté presente (no puedes dejar alimentos sin comer, sea lo que sea)	0	1	2	3	4

	N U N C A	R A R A V E Z	A M E N U D O	H A B I T U A L M	S I E M P R E
23. Necesitas vomitar de un modo específico o en una posición concreta (p.e. usando dos dedos para vomitar)	0	1	2	3	4
24. Necesitas eliminar un mínimo (vomitando, con laxantes o ejercicio)	0	1	2	3	4
25. Necesitas que no pase más de cierto tiempo después de comer para eliminar la comida (vomitando, con laxantes...)	0	1	2	3	4
26. Necesitas usar un número específico de laxantes	0	1	2	3	4
27. Necesitas eliminar la comida (vomitando, con laxantes...) en un lugar concreto	0	1	2	3	4
28. Necesitas que tus muslos no se toquen mientras estas sentada o de pie	0	1	2	3	4
29. Necesitas comprobar continuamente que puedes rodear tu muñeca con los dedos	0	1	2	3	4
30. Necesitar notas continuamente los huesos de tu cadera	0	1	2	3	4
31. Necesitas verte continuamente un hueso específico (p.e la muñeca)	0	1	2	3	4
32. Tienes ciertas costumbres cuando vas al servicio (p.e. te aprietas el estómago cuando defecas)	0	1	2	3	4
33. Necesitas ponerte mucha ropa para forzarte a sudar	0	1	2	3	4
34. Necesitas pesarte o comprobar tu peso repetidamente	0	1	2	3	4
35. Necesitas pesarte únicamente siguiendo un ritual (p.e. desnuda a las 8 de la mañana, después de ir al baño)	0	1	2	3	4
36. Necesitas hacer ejercicio después de las comidas	0	1	2	3	4
37. Necesitas hacer ejercicio de un modo específico o en un momento concreto (p.e. levantarte a correr a las 7 AM)	0	1	2	3	4
38. Tienes un patrón ritual de ejercicio (si tienes que hacer 50 abdominales y lo interrumpes cuando vas por el 49, tienes que volver a empezar).	0	1	2	3	4
39. Necesitas estar moviéndote todo el tiempo, no puedes estar sentada sin moverte constantemente	0	1	2	3	4
40. Necesitas tiritar de frío para quemar calorías, antes que ponerte ropa que te abrigue.	0	1	2	3	4
41. Acumulas comida de un modo ritualizado	0	1	2	3	4
42. Coleccionas y guardas recetas, fotos de comida, artículos...	0	1	2	3	4
43. Haces listas de tu peso corporal	0	1	2	3	4
44. Haces listas de la ingesta (toma) de calorías	0	1	2	3	4

BES
Franzoi & Shields (1984)

A continuación encontrarás una lista de enunciados relacionados con el cuerpo en una escala del 1 al 5 indicando el grado de intensidad de sentimientos positivos o negativos que te producen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor contesta tan honestamente como te sea posible. Recuerda que toda la información es confidencial

	Fuertes Sentimientos Negativos 1	Sentimientos Negativos Moderados 2	Neutro 3	Sentimientos Positivos Moderados 4	Fuertes Sentimientos Positivos 5
1.Olor corporal					
2.Apetito					
3.Nariz					
4.Resistencia física					
5.Reflejos					
6.Labios					
7.Fuerza muscular					
8.Cintura					
9.Nivel de energía					
10.Muslos					
11.Orejas					
12.Bíceps					
13.Barbilla					
14.Constitución, complexión					
15.Coordinación física					
16.Culo (nalgas)					
17.Agilidad					
18.Anchura de espaldas (de hombro a hombro)					
19.Brazos					
20.Pecho o mamas					
21.Aspecto de los ojos					
22.Mejillas/pómulos					
23.Caderas					
24.Piernas					
25.Silueta					
26.Impulso sexual					
27.Pies					
28.Genitales					
29.Aspecto estómago					
30.Salud					
31.Actividades sexuales					
32.Vello corporal					
33.Condición física					
34.Cara					
35.Peso					

ASI
Cash y Grant (1996)

Evalúa las siguientes creencias guiándote por la escala que verás a continuación. Marca con un aspa (X) el número que mejor se ajuste a tu respuesta.

0	1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en desacuerdo , ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

	0	1	2	3	4
1.Mi aspecto es una parte importante de lo que yo soy					
2. Lo que hay de malo en mi aspecto, es una de las primeras cosas que la gente nota en mí.					
3.La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro					
4.Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz					
5. Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos.					
6.Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida					
7.Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que ha ocurrido en mi vida					
8.Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible					
9.Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a					
10. Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible. Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible					
11.Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad, hacen imposible que yo esté satisfecho/a con mi aspecto					
12. La única forma en la que podría gustar mi apariencia, sería cambiando el aspecto que tengo.					
13. La gente atractiva lo tiene todo.					
14.La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad					

- Gracias por tu colaboración -

Cuestionario Adaptado de Sucesos Vitales.

A continuación encontrarás una serie de momentos importantes en tu vida que han podido influir en la imagen que tienes de tu propio cuerpo. Trata de recordar cómo era tu aspecto físico en ese momento y cómo te hacía sentir. Por favor, responde a las preguntas escribiendo en cada una de las casillas:

- Si si eso te ha sucedido
- No..... si eso no te ha sucedido
- O..... si, aún sucediéndote, eso no te importaba

Por favor no dejes ninguna casilla sin respuesta:

	Quando empezaste a ir al colegio (4 a 8 años)	Quando tomaste la comunión (9 a 12 años)	En la primera adolescencia (12 a 14 años)	En la juventud (15 a 18 años)
Mi cuerpo y mi aspecto en general era peor que el de las demás, yo era mucho más gorda.				
Mi cuerpo y mi aspecto en general me hacía sentir peor que a las demás.				
La gente mayor de mi entorno decía que mi cuerpo y mi aspecto era peor que el de las demás, me veían demasiado gorda.				
Mis compañeros/as se burlaban de mí porque estaba más gorda que las demás.				
Las bromas o burlas de los demás con respecto a mi aspecto físico, me hacían sentir que yo era la peor persona del mundo y no merecía que me quisieran.				
La gente de mi entorno comparaba mi aspecto o mi cuerpo con el de otras chicas más guapas y con mejor tipo que yo.				

- Gracias por tu colaboración-