



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 28/09/2016. Aceptado: 09/06/2017

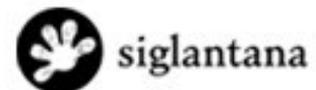
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA, INSATISFACCIÓN CORPORAL Y CONDUCTAS COMPENSATORIAS EN OBESAS CON DIFERENTE NIVEL DE PATOLOGÍA ALIMENTARIA (ATRACÓN)

**EATING RESTRICTION, BODY DISSATISFACTION AND COMPENSATORY
BEHAVIORS IN WOMEN WITH DIFFERENT LEVEL OF EATING PATHOLOGY
(BINGE EATING)**

X. López-Aguilar, R. Vázquez-Arévalo, J.M. Mancilla-Díaz,
M.T. Ocampo Téllez-Girón, G. Leticia Alvarez-Rayón

Correspondencia: Dra. Xochitl López-Aguilar, Proyecto de Investigación en Nutrición, Universidad Nacional Autónoma de México,
FES Iztacala. Av. de los Barrios # 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 54090, México.
Tels.: (01 52) 56 23 13 33, exts.: 39736 ó 39737. Fax: (01 52) 56 90 76 04. E-mail: xochitll@servidor.unam.mx

Declaración de Conflicto de intereses: Cabe señalar que el contenido del manuscrito y los datos de este trabajo no han sido publicados
previamente, ni tampoco están siendo considerados en otra revista.



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)2:14-23.



RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue: comparar el empleo de conductas compensatorias, la restricción alimentaria y la insatisfacción corporal en grupos con diferente grado de patología alimentaria (atracción). La muestra se conformó por 103 mujeres (39 normopeso, 23 obesas sin atracción, 23 obesas con comilona y 24 obesas con atracción), con un promedio de edad de 29.75 (DE = 12.89), quienes contestaron a los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEWP-R), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ) y Cuestionario de Bulimia (BULIT), asimismo se les tomaron medidas antropométricas. Los resultados indicaron que el grupo de obesas con atracción se caracterizó por una elevada insatisfacción corporal. Además, se detectó una asociación positiva entre el IMC y la insatisfacción corporal. Por tanto, este estudio plantea la importancia de seguir investigando las variables que intervienen en el atracón alimentario y la investigación del subgrupo de obesos que presentan una patología alimentaria.

Palabras clave: atracón, obesidad, conductas compensatorias, restricción alimentaria, insatisfacción corporal.

ABSTRACT

The aim of this research was: to compare the use of compensatory behaviors, food restriction and body dissatisfaction in groups with different levels of eating disorder (binge). The sample consisted 103 women (39 average weight, 23 obese without binge, 23 obese overeat and 24 obese binge binge), with an mean age of 29.75 (SD = 12.89), who responded to the following questionnaires: Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R), Body Shape Questionnaire (BSQ), Three Factors Eating Questionnaire (TFEQ) and Bulimia Test (BULIT) also anthropometric measurements were taken. The results indicated that obese women with binge eating group was characterized by a high body dissatisfaction. Also we detected a positive association between BMI and body dissatisfaction. Therefore, this study raises the importance the importance of further research variables involved in binge eating research and research obese subgroup having an eating disorder.

Keywords: Binge eating, obesity, compensatory behaviors, food restriction and body dissatisfaction.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una condición médica que se caracteriza por una acumulación excesiva de tejido adiposo, la cual es ocasionada por múltiples factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, psicológicos y culturales (Bourgues, 1987; Plasencia, Rodríguez, Pérez, Caballero, 2009). Se encuentra asocia con algunas enfermedades como son: hipertensión, cardiopatías, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2, entre otros (Moreno y Olvera, 2007).

De acuerdo a la 5th edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés [APA], 2013), la obesidad no es considerada como

un Trastorno Alimentario y de la Ingestión de Alimentos, debido a que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales; sin embargo, para Devlin, Golfein y Dobrow (2003) existe un subgrupo de obesos que presentan atracones alimentarios y que son conductualmente diferentes de los obesos que por hábito consumen grandes cantidades de comida.

Se sabe que el Trastorno de Atracones (TA, DSM-V, APA 2013) es común en obesos que acuden a tratamiento de reducción de peso (25 al 30%) (Dingemans, Bruna y van Furth, 2009). Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-V para el TA son:



1. Recurrentes episodios de atracón (ingestión de grandes cantidades de alimentos y sensación de pérdida de control).
2. Los atracones se asocian con tres o más de las características siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer a solas, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, y sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
3. Malestar intenso respecto a los atracones.
4. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
5. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

En algunas ocasiones, un subgrupo de obesos pueden presentar atracones, pero no cumplen con todos los criterios del DSM-V para ser diagnosticados TA, por ejemplo, la frecuencia del atracón o el atracón se asocia a solo una característica mencionada en el DSM-V.

Se ha documentado que los obesos con atracón difieren de manera importante de los obesos sin Trastorno Alimentario y de la Ingestión de Alimentos en la imagen corporal, la restricción alimentaria y las conductas compensatorias.

Los pacientes obesos que presentan atracones alimentarios o TA reportan una mayor insatisfacción (Ahrberg, Trojca, Nasrawi y Vocks, 2011; Costa, Machado y Cordas, 2010) y distorsión de la imagen corporal (Grilo et al., 2009; Legenbauer et al., 2011). Además, se ha observado que la insatisfacción corporal en estas muestras de obesos está relacionada con la sintomatología depresiva y la baja autoestima (Grilo, White, Gueorguiva y Masheb, 2013; Grilo, Masheb y Withe, 2010) y con un mayor deterioro psicosocial (Goldschmidt et al., 2009); asimismo, estos pacientes reportan recibir más bromas en la infancia con respecto al peso y la imagen corporal (Grilo y Masheb, 2005).

Respecto a la restricción alimentaria, se han encontrado discrepancias en los estudios, ya que, mientras algunos seña-

lan que los obesos con atracón presentan menos control en el peso e intentos de dieta, otros señalan que la frecuencia de la restricción es alta en obesos que presentan TA (Bas, Bozan y Cigerim, 2008), e incluso se ha señalado que la restricción alimentaria es un importante predictor del atracón alimentario. Además, se sabe que individuos con TA se someten a dietas en numerosas ocasiones y reportan sentir desesperación por las dificultades que presentan en cuanto al control sobre la ingestión de comida, por ejemplo, algunos continúan intentándolo, mientras que otros han abandonado cualquier intención de realizar una dieta debido a sus fracasos. Por lo que, la dieta restrictiva es una condición necesaria pero no suficiente para dar una explicación en la conducta de los atracones. Por ello, es relevante saber qué papel desempeña está variable con respecto a personas obesas que presentan atracones.

En cuanto a las conductas compensatorias, el DSM-V (APA, 2013) señala que el TA no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas, incluso es un criterio que diferencia a la Bulimia Nerviosa (BN) del TA; sin embargo, algunos estudios refutan lo anterior (Arias et al., 2006; Johnson, Spitzer y Williams, 2001; Reas y Grilo, 2007). Por lo tanto las conductas compensatorias son un aspecto esencial en la investigación de personas con esta problemática.

Dado estos antecedentes, el presente trabajo tuvo por objetivo:

1. Evaluar las conductas compensatorias (vómito, laxantes y/o diuréticos), la restricción alimentaria (intención que tiene la persona de limitar voluntariamente su ingestión de alimentos) y la insatisfacción corporal en cuatro grupos de mujeres con diferentes grados de patología alimentaria (atracones).
2. Estimar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) con las variables de estudio.

Hipotesis. Las mujeres obesas con atracón presentarán más insatisfacción patológica, restricción alimentaria y conductas compensatorias que las mujeres obesas sin atracón y normopeso control.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio no experimental de tipo transversal –ya que se midieron una sola vez las variables–, con un alcance correlacional dado que se describe la relación entre dos o más variables en un momento determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).



MÉTODO

MUESTRA

Se contó con una muestra no probabilística de tipo intencional constituida por 103 mujeres, con un rango de edad de 16 a 52 años ($M = 29,75$, $DE = 12,89$) y con rango de índice de masa corporal (IMC) de 19,20 a 48,8 kg/m^2 ($M = 30,31$, $DE = 6,78$). Las participantes procedían de instituciones educativas públicas y privadas, centros de aerobics y de muestra canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición.

Esta muestra fue dividida en cuatro grupos de acuerdo a su IMC y a la presencia o ausencia del atracón alimentario:

1. Mujeres normopeso sin atracón alimentario (33): con un promedio de edad de 19,88 años ($DE = 4,37$) y un promedio de IMC de 22,19 kg/m^2 ($DE = 1,80$).
2. Mujeres obesas sin atracón (23): Con un promedio de edad de 33,91 años ($DE = 14,45$) y un promedio de IMC de 32,89 kg/m^2 ($DE = 4$).
3. Mujeres obesas con sintomatología de atracón (consumían grandes cantidades de comida, pero no tenían pérdida de control) (23): con un promedio de edad de 36 años ($DE = 11,77$) y un promedio de IMC de 33,62 kg/m^2 ($DE = 4,10$).
4. Mujeres obesas con atracón (24): con un promedio de edad de 33,33 años ($DE = 12,98$) y un promedio de IMC de 35,96 kg/m^2 ($DE = 4,57$).

El atracón alimentario se definió como:

1. Ingestión en período determinado (p. g., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un período similar en circunstancias parecidas,
2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere [DSM-V, APA, 2013]).

INSTRUMENTOS

1. **Hoja de datos generales.** Su objetivo es registrar información respecto a características sociodemográficas de los participantes, tales como: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, entre otros.
2. **Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación** (Three Factor Eating Questionnaire TFEQ; Stunkard

y Messick, 1985). Evalúa la conducta alimentaria patológica. Contiene 51 reactivos que se dividen en tres factores relacionados con la alimentación: restricción alimentaria (control consciente de la conducta alimentaria, $\alpha = .93$), desinhibición (ruptura del límite autoimpuesto de ingestión calórico, $\alpha = .91$) y susceptibilidad al hambre ($\alpha = .85$). Este cuestionario ha sido validado en población mexicana por López et al. (2011), encontrando un coeficiente alfa de .87. De acuerdo con el estudio, el factor de interés es la restricción alimentaria.

3. **Cuestionario de Bulimia** (BULIT, Bulimia Test; Smith y Thelen, 1984). Identifica la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa, contiene 36 preguntas divididas en tres factores: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos después de la sobreingesta y conductas compensatorias. Fue validado en población mexicana por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo adecuados coeficientes de validez y consistencia interna ($\alpha = .89$). En este estudio se utilizará solo el factor de Conductas Compensatorias.
4. **Cuestionario de Imagen Corporal** (BSQ, Body Shape Questionnaire; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Explora la autopercepción respecto a la imagen corporal y específicamente identifica la presencia de insatisfacción con la imagen corporal. Consta de 34 preguntas que se puntúan en una escala Likert de 1 a 5. Validado en población mexicana por Vázquez et al. (2011), encontrando una $\alpha = .95$ en muestra comunitaria y en muestra clínica $\alpha = .98$ y con un punto de corte ≥ 110 en población mexicana. Se encuentra conformado por dos factores: Malestar Normativo, posee un alfa de Cronbach de .95, y Malestar Patológico, posee con un alfa de Cronbach de .94.
5. **Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso** (Questionnaire of Eating and Weight Patterns Revised QEWP-R; Spitzer, Yanovski y Marcus, 1993). Identifica la frecuencia y duración del atracón alimentario, el uso de métodos para controlar el peso, el grado de ansiedad relacionada con el atracón alimentario y la presencia de indicadores conductuales de pérdida de control, de ahí que permite discriminar

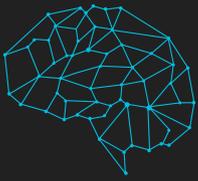


TABLA I. Nivel del IMC en los grupos de obesas

	Grupo Obesas					
	n	%	n	%	n	%
Obesidad leve Grado I (30-34,9)	17	73,9	15	65,1	12	50
Obesidad moderada Grado II (35 - 39.9)	4	17,3	6	26	8	33,3
Obesidad grave Grado III (≥ 40)	2	8,6	2	8,6	4	16,6

entre muestras de pacientes con TA y BN. Contiene 12 preguntas divididas en dos factores: conductas compensatorias y atracón. Validado en población mexicana por López, Mancilla, Vázquez, Álvarez y Franco (2011), hallando un coeficiente alfa de .71.

6. **Medidas antropométricas** IMC (kg/m²). Es la relación del peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metro al cuadrado, tomando los criterios propuestos por Vargas y Casillas (1993).

APARATOS

1. Antropómetro GPM, desmontable con cuatro segmentos, con capacidad de 2 m y sensibilidad al milímetro más cercano.
2. Báscula pesapersonas Tanita, capacidad de 200 kg y sensibilidad de 100 g.

PROCEDIMIENTO

Se acudieron a las instituciones educativas y a los centros de ejercicio de aerobics, con el objetivo de solicitar la autorización a las personas correspondientes. Una vez obtenida la autorización, se aplicó la batería de cuestionarios en grupos de 20 a 30 personas, posteriormente tomaron las medidas antropométricas (peso y estatura). Respecto a la muestra canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición, el procedimiento consistió en la aplicación de los instrumentos y la toma de medidas de manera individual.

Las participantes fueron clasificadas de acuerdo a sus respuestas en el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QWEP-R; López et al., 2011) e IMC en: a) normopeso sin atracón, b) obesas sin atracón, c) obesas con

sintomatología de atracón y d) obesas con sintomatología de TA (Tabla I).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 18 (Statistical Package for Social Sciences). Asimismo, para cubrir con los objetivos planteados se llevó a cabo las siguientes pruebas estadísticas: a) para comparar a los cuatro grupos se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) –controlando los efectos de la variable edad– y para conocer si existen diferencias significativas entre las medias de los grupos se utilizó la Prueba de Post Hoc de Sheffé, y b) para evaluar si existe o no asociación entre el IMC y las variables a estudiar se realizó una correlación de Pearson.

RESULTADOS

El IMC de los grupos de mujeres con obesidad se presenta en la tabla 1. Como se puede observar, la mayoría de las participantes presentaron obesidad leve (grado I), aunque cabe destacar que el grupo de mujeres obesas con atracón presentó más casos con obesidad moderada (33,3%) y obesidad grave (16,6%).

Con respecto a la insatisfacción corporal, se identificó diferencias estadísticamente significativas entre: 1) los grupos de mujeres obesas (sin atracón, con sintomatología de atracón y con atracón) y el grupo de mujeres normopeso en el total del BSQ y sus subescalas –malestar normativo y malestar patológico con la imagen corporal–, y 2) entre el grupo de mujeres obesas con atracón y los grupos de muje-



TABLA II. Comparación entre grupos en relación con la insatisfacción corporal, restricción alimentaria y conductas compensatorias

	Grupos								F (108,3)
	NORMOPESO		OBESAS SIN ATRACÓN		OBESAS CON SINTOMATOLOGÍA DE ATRACÓN		OBESAS CON ATRACÓN		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)									
Total	70,64a	28,92	102b	38,81	108,35b	33,74	140,67bc	26,29	22,17 ***
Malestar normativo	24,4a	12,15	33,35b	11,33	33,74b	10,03	41,75b	7,56	13,51 ***
Malestar patológico	9,13a	3,61	14,22b	7,98	15,43b	6,61	23,67bc	5,95	30,07 ***
Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)									
Restricción alimentaria	3,61a	0,55	6,74b	3,70	5,13ab	2,84	5,67ab	3,33	4,45 **
Cuestionario de Bulimia (BULIT)									
Conductas compensatorias	4,76a	1,98	4,91ab	1,83	5,17ab	2,36	6,79b	4,17	3,44 *

*Nota: Las medias que tienen el mismo subíndice no muestran diferencias significativas al nivel $p \leq .01$ en la prueba de Scheffé. Covarianza Edad. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.*

TABLA III. Número de casos de los grupos que rebasaron el punto de corte del BSQ.

Grupos	Superan el $pc \geq 110$ del BSQ	No superan el $pc \geq 110$ del BSQ
Normopeso (n = 33)	12,2% (n = 6)	81,8% (n = 27)
Obesas sin atracón (n = 23)	39,1% (n = 9)	60,86% (n = 14)
Obesas con sintomatología de atracón (n = 23)	56,52% (n = 13)	43,47% (n = 10)
Obesas con atracón (n = 24)	87,5% (n = 21)	12,5% (n = 3)

res sin atracón, con sintomatología de atracón y normopeso en el total del BSQ y su factor malestar patológico (Tabla II). El grupo mujeres obesas presentó mayor insatisfacción corporal de tipo patológico.

Los porcentajes de casos que superaron el punto de corte del BSQ se presentan en la tabla III. Los grupos de mujeres obesas con sintomatología de atracón y con atracón presentaron un mayor porcentaje de casos que superaron el punto de corte del BSQ (Tabla III), particularmente el grupo de mujeres obesas con atracón.

Otro de los análisis que se llevó a cabo fue correlacionar con una r de Pearson el IMC con el total del BSQ y sus dos factores, malestar normativo y malestar patológico con la imagen

corporal. En la tabla IV se observa que el IMC se correlacionó de manera positiva y significativa con el total del BSQ ($r = .54$, $p \leq .001$), así como con los factores malestar normativo ($r = .45$, $p \leq .001$) y patológico con la imagen corporal ($r = .57$, $p \leq .001$). De estas correlaciones destacan por su magnitud el total del BSQ y el malestar patológico con la imagen corporal.

Respecto al factor de restricción alimentaria de TFEQ (Tabla II), se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres obesas sin atracón y el grupo de mujeres normopeso. Las mujeres obesas sin atracón reportaron más restricción alimentaria.

Cabe señalar que no se encontraron diferencias entre los grupos de mujeres obesas con atracón y sin atracón,



TABLA IV. Porcentajes de restricción alimentaria en los grupos del estudio

Grupos	Restricción alimentaria	No restricción alimentaria
Normopeso (n= 33)	12,12% (n=4)	87,87% (n=29)
Obesas sin atracón (n=23)	26% (n=6)	73,9% (n=17)
Obesas con sintomatología de atracón (n=23)	(3) 13%	(20) 86,9%
Obesas con atracón (n=24)	(4) 16,6%	(20) 83,3%

TABLA V. Porcentajes de restricción alimentaria en los grupos del estudio

	Normopeso (n=39)	Obesas sin atracón (n=23)	Obesas con sintomatología de atracón (n= 23)	Obesas con atracón (n = 24)
Vómito	0% (n=0)	13% (n=3)	13% (n=3)	12,5% (n=3)
Laxantes	0% (n=0)	21,7% (n=5)	43,4% (n=10)	58,3% (n=14)
Ayuno	6,9% (n=2)	4,3% (n=1)	26% (n=6)	12,5% (n=3)
Ejercicio	15,3% (n=6)	13% (n=3)	30,4% (n=7)	33,3% (n=8)
Pastillas	2,5% (n=1)	4,3% (n=1)	17,3% (n=3)	20,8% (n=5)

así como entre el grupo de mujeres obesas con atracón y con sintomatología de atracón; en este sentido, la restricción alimentaria no fue una característica de las mujeres obesas con sintomatología de atracón y de atracón alimentario.

En la [tabla IV](#) se muestran los casos que presentaban restricción alimentaria en los grupos de estudio. El grupo de mujeres obesas sin atracón presentó un porcentaje más elevado de restricción alimentaria.

También se encontró una asociación positiva y significativa entre el IMC y la escala de restricción alimentaria del TFEQ ($r = .22, p < .019$), sin embargo, la magnitud de este coeficiente fue bajo, por lo que es un dato que se debe tomar con reserva.

Con respecto a las conductas compensatorias ([Tabla II](#)), se detectó que el grupo de mujeres con atracón exhibió puntuaciones significativamente mayores en comparación con el grupo de mujeres normopeso.

En la [tabla V](#) se muestra la frecuencia de las conductas compensatorias –vómito, laxantes, ayuno, ejercicio y pastillas– que presentaron los grupos. El grupo de mujeres normopeso mostró un porcentaje más elevado en la realización del ejercicio, en tanto que el grupo de mujeres obesas sin

atracción obtuvo un mayor porcentaje en el uso de laxantes, aunque cabe destacar que no hay una tendencia al empleo de estas conductas en estos dos grupos. Los grupos de obesas con sintomatología de atracón y con atracón presentaron porcentajes altos en el uso de laxantes y realización del ejercicio, siendo el grupo de mujeres con atracón quienes reportaron un mayor empleo de estas conductas. Con base en estos resultados se puede señalar que el consumo de laxantes con la intención de bajar de peso, fue una conducta relevante en la caracterización del grupo de mujeres con atracón.

Asimismo, se detectó que el IMC se correlacionó con las conductas compensatorias ($r = .27, p \leq .01$), aunque su magnitud fue baja (Rivera y García, 2005).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito evaluar las conductas compensatorias (vómito, laxantes y/o diuréticos), la restricción alimentaria (intención que tiene la persona de limitar voluntariamente su ingestión de alimentos) y la insatisfacción corporal en cuatro grupos de mujeres con diferentes grados de patología alimentaria (atracción).



En lo referente a la insatisfacción corporal, los resultados muestran que las mujeres obesas (sin atracón, con sintomatología de atracón y con atracón) reportaron una mayor insatisfacción corporal, principalmente mayor malestar patológico con la figura corporal. Lo anterior también ha sido corroborado en las investigaciones de Bersh (2006), Contreras (2002), Fassino, Leombruni, Piero, Abbate-Daga y Giacomo (2003), Sonnevile et al. (2012), donde han encontrado mayor presencia de esta variable en personas obesas.

Asimismo, se encontró que a mayor índice de masa corporal (IMC) más insatisfacción corporal, por lo tanto, la insatisfacción corporal en estos grupos de obesas corresponde a un IMC elevado. Este dato puede ser explicado porque la cultura actual propone un ideal corporal esbelto, sobre todo en el género femenino; bajo esta perspectiva, las pacientes obesas desarrollan con frecuencia sentimientos de baja autoestima (Almeida, Savoy y Boxer, 2011; Días y Enríquez, 2007; Jáuregui, Marcos, Rivas, Rodríguez, Gutiérrez y Bolaños, 2010; Toro, 1996). Sin embargo, esto no quiere decir que las características mencionadas pertenezcan a toda la población obesa, sino que existen diferentes tipos de obesos, tal como lo muestran los hallazgos de la presente investigación.

También se detectó que las mujeres obesas con atracón presentaron más insatisfacción corporal en contraste con los grupos de mujeres: normopeso, obesas sin atracón y con sintomatología de atracón. Por lo que la insatisfacción corporal es mayor mientras se incrementa el nivel de patología alimentaria (atracon) en personas obesas, siendo esta población más propensa a tener insatisfacción corporal en comparación con individuos normopeso. Lo anterior también se ha documentado en los estudios de Arias et al. (2006), Dingemans y van Furth (2011), Fassino et al. (2003) y Legenbauer et al. (2011),

Estos datos son confirmados en el análisis de los casos que superaron el punto de corte del BSQ, sugerido para población mexicana (≥ 110), donde se detectó que las obesas con atracón presentaron mayor porcentaje de casos que superaron el punto de corte del BSQ, por tanto, las mujeres obesas con atracón de este estudio se caracterizaron por una elevada insatisfacción con la imagen corporal de tipo patológico. Además, puede ser que algunas de las participantes con atracón alimentario de este estudio pudieran cumplir con criterios diagnósticos de TA.

En cuanto a la restricción alimentaria, que fue evaluada con el TFEQ, se encontró que las mujeres obesas sin atracón

presentaron más restricciones alimentarias que las mujeres normopeso y al analizar los porcentajes de los casos que presentan restricción alimentaria en los grupos del estudio se encontró que el grupo obesas sin atracón fue el que obtuvo el mayor porcentaje (26%) en comparación con los demás grupos. Estos resultados son consistentes con lo hallado por Berrocal y Ruiz (2002), quienes no encontraron diferencias significativas en la restricción alimentaria entre pacientes con TA y pacientes con TA subclínico; también coinciden con Bautista (2007), en cuanto a que no se presentaron diferencias en esta variable entre mujeres obesas con y sin TA. En tanto que Martínez (2005) detectó que el grupo con y sin atracón presentan niveles parecidos en la restricción alimentaria medida por el TFEQ y el EAT-40. Y contrastan con lo encontrado por Bas, Bozan y Cigerim (2008), quienes detectaron que las pacientes con TA obtienen puntuaciones más altas en esta variable. Estas inconsistencias se pueden deber a que en este estudio participaron adolescentes con sobrepeso, mientras que la muestra de la presente investigación se conformó de mujeres obesas adultas.

Asimismo, los hallazgos del presente estudio encontraron que la restricción alimentaria no caracterizó a los grupos de obesas con sintomatología de atracón y atracón alimentario. Algunas explicaciones del porque la restricción alimentaria no caracterizó a las mujeres obesas con atracón podrían ser:

1. Quizás existan variables mediadoras entre la restricción alimentaria y el atracón, como son los sentimientos negativos, ineficacia, baja autoestima, etc. Álvarez (2006) encontró en pacientes con AN y BN, que la preocupación por la comida y los modelos sociales, como influencia de la publicidad y la ineficacia, predijeron al atracón alimentario. También Martínez (2005) reportó que algunas mujeres con TA señalan como desencadenantes del atracón a los sentimientos negativos (cólera, aburrimiento y estrés) y los comentarios sobre la imagen corporal (específicamente burlas sobre el cuerpo). Borra (2008), López (2008), Claus, Braet y Decaluwe (2006) argumentan que existen otras variables que intervienen en la presencia de restricción alimentaria en mujeres con atracón (fluctuaciones de peso y la historia de dietas).
2. Se ha documentado que la dieta es menos rigurosa en las pacientes con TA que en las pacientes diagnosticadas con trastornos alimentarios y de la



ingestión de alimentos, asimismo se ha reportado que las mujeres con TA abandonan e inician constantemente el régimen de dieta. Por lo tanto, no es claro el patrón de dieta en este tipo de trastorno. Al respecto, Fairburn (1998) plantea tres formas de realizar dieta restrictiva en TA: a) evitar comer, b) restringir la cantidad de comida y c) evitar cierto tipo de alimentos.

Lo anterior señala que puede ser que el instrumento empleado en este estudio para evaluar la dieta restrictiva no fue adecuado; en algunos estudios se ha sugerido que las escalas de restricción alimentaria no son un indicador válido para evaluar esta conducta (Stice, Cooper, Schoeller, Tappe y Lowe, 2007; Stice, Fisher y Lowe, 2004). Por ello, la presente investigación propone el empleo de la entrevista diagnóstica, que precise las características de la restricción alimentaria y la forma en cómo estos pacientes la perciben, ya que es probable que se presente esta conducta, pero dado que su intensidad no es muy grave como la que se presenta en la anorexia nerviosa, posiblemente no la conciben como una práctica de riesgo para su salud y se les haga cotidiano el realizarla.

Por otra parte, se halló que a mayor IMC mayor restricción alimentaria; sin embargo, el coeficiente de correlación fue muy bajo, por lo que este dato debe de considerarse con reserva. Por tanto, nuestros resultados podrían deberse quizá a que algunos obesos no presenten esta conducta, ya que la obesidad se encuentra relacionada con diversos factores, como pueden ser comida, vida sedentaria, genética, enfermedades físicas, etc. (Días y Enríquez, 2007).

En cuanto al empleo de conductas compensatorias que fueron evaluadas mediante el BULIT, se encontró que las

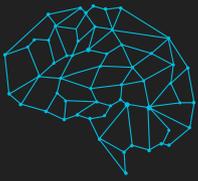
mujeres con atracón mostraron mayor empleo de estas que las mujeres normopeso controles. Este dato fue confirmado con el QEWP-R, en donde encontramos que las obesas con atracón reportaran mayores porcentajes en el uso de laxantes y el ejercicio como conductas compensatorias; esto coincide con Arias et al. (2006), Bautista (2007), Borges, Jorge, Morgan, Silveira y Custódio (2002) quienes encontraron la presencia de estas conductas en población con atracón, aunque cabe precisar que los estudios señalan que estas se presentan con una frecuencia mínima.

En cuanto al nivel del IMC, se detectó que la mayoría de los grupos de obesas presentaron una obesidad leve, aunque es importante señalar que el grupo de obesas con atracón presentaron más casos con obesidad moderada y obesidad grave. Lo anterior puede explicarse por la cantidad de comida que suelen consumir estas personas durante el atracón (Fassino et al., 2003). Estos hallazgos coinciden con Bautista (2007), López (2008), Hilbert y Tuschen-Caffier (2007), Grilo et al. (2009) quienes encontraron un IMC en el grupo de obesas con TA ($M = 35,42$).

Por tanto, se concluye que es importante la diferenciación entre la conducta alimentaria patológica (atracción) y la conducta alimentaria normal (hábito) dado que las obesas que presentaron una patología alimentaria mostraron un nivel elevado de insatisfacción corporal y el empleo de conductas compensatorias. Asimismo, se comprueba que en los grupos obesos existe un subgrupo de personas que presentan una patología alimentaria y que futuras investigaciones deben de profundizar en el estudio de estos, ya que se encuentran en riesgo de presentar un Trastorno Alimentario y de la Ingestión de Alimentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N, Vocks S. Body image disturbance in Binge Eating Disorder: a review. *European Eating Disorders Review*, 2011;19(5): 375-81.
2. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;67(3):278-92.
3. Alvarez. Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología-UNAM, México. 2006.
4. Álvarez G, Mancilla JM, Vázquez R. Propiedades psicométricas del test de Bulimia (BULIT). *Revista Psicología Contemporánea*, 2000;7:74-85.
5. American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Washington, D.C.: American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión revisada (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
6. Arias F, Sánchez S, Gorgojo JJ, Almódovar F, Fernández S, Llorente MF. Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006;34(6):362-70.
7. Bas M, Bozan N, Cigerim N. Dieting, Dietary restraint, and binge eating disorder among overweight adolescents in Turkey. *Adolescence*, 2008;43(171):635-48.
8. Bautista ML. Trastorno por Atracción y Bulimia Nerviosa, Un análisis discriminante. (2007). Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
9. Berrocal C, Ruiz M. Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferencia entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología y de la Salud*, 2002;2(3):407-24.



Restricción alimentaria, insatisfacción corporal...

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)2:14-23.

X. López, R. Vázquez, J.M. Mancilla y cols.

10. Bersh S. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2006;35(4):537-46.
11. Borges MB, Jorge MR, Morgan CM, Silveira DX, Custódio O. Binge-Eating Disorder in Brazilian women on a weight-loss program. *Obesity Research*, 2002;10:1127-34.
12. Borra C. El atracón y sus trastornos: Características Psicopatológicas e implicaciones diagnósticas. Tesis de doctorado. (2008). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
13. Bourgues RH. Guías para la orientación alimentaria. *Cuadernos de Nutrición*, 1987;10:17-32.
14. Braet CL, Decaluwe V. Dieting History in obese youngsters with and without disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 2006;39:721-28.
15. Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. Formación continuada en nutrición y obesidad, 2002;5(6):275-86.
16. Cooper PJ, Taylor M, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *The Journal of Eating Disorders*, 1987;6(4): 485-94.
17. Costa RF, Machado SC, Cordás TA. Body image and sexual behavior of obese women with and without binge eating disorder. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 2010;37(1):27-31.
18. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 2003;34:S2-S18.
19. Días D, Enríquez DR. Obesidad infantil, ansiedad y familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 2007;24(1), 22-6.
20. Dingemans A, Bruna T; van Furth E. Binge Eating Disorder: A review. In A. Dingemans (Eds.), *Binge or Control? Assessment of the validity, treatment and underlying mechanisms of Binge Eating Disorder*. (2009). The Netherlands: Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University.
21. Dingemans A, van Furth EF. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 2011. Article first published online: 14 FEB 2011. DOI: 10.1002/eat.20905
22. Fassino S, Leombruni P, Piero A, Abbate-Daga G, Giacomo G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003;54:559-66.
23. Fairburn C. (1998). La superación de los atracones de comida. México: Paidós.
24. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL, Wilfley DE, Pike KM, Fairburn CG, et al. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2010;48:187-93.
25. Grilo CM, Crosby R, Masheb M, White A, Perterson C, Wonderlich S, et al. Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 2009;47(8):692-6.
26. Grilo M, Masheb R. Correlates of body image dissatisfaction treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 2005;38:162-6.
27. Grilo CM, White MA, Gueorguiva GT, Masheb RM. Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 2013;49:1335-44.
28. Grilo CM, Masheb RM, Withe MA. Significance of overvaluation of shape/weight in Binge-eating Disorder: comparative study with overweight and Bulimia Nervosa. *Obesity*, 2010;18(3):499-504.
29. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2007;40:521-30.
30. Jáuregui I, Marcos L, Rivas M, Rodríguez L, Gutiérrez N, Bolaños P. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. *Revista Cubana Alimentación Nutrición*, 2010;20(2):226-37.
31. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynecology patients. *Psychological Medicine*, 2001;31(8):1455-66.
32. Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Puigcerver MJ, Benecke A, Troje NF, et al. Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behavior Modification*, 2011;35(2):162-86.
33. López X. (2008). Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología-UNAM, México.
34. López X, Mancilla JM, Vázquez R, Álvarez GL, Franco K. (2011). Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del cuestionario de patrones de alimentación y peso revisado (QEWPR). *Psicología.com* [Internet]. [Citado 27 Julio de 2011];15:19. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4090>.
35. López X, Mancilla JM, Vázquez R, Franco K, Álvarez GL, Ocampo MT. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2011;2:24-32.
36. Martínez L. (2005). Comportamiento alimentario, sintomatología de ansiedad, depresión y TPA en tres grupos de mujeres mexicanas: normopeso, sobrepeso y obesas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología-FES-I, México.
37. Plasencia MM, Rodríguez L, Pérez MB, Caballero M. Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. 2007-2008. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009;10:1054-68.
38. Reas DL, Grilo CM. Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 2007;40:165-70.
39. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, Haines J, Austin SB, Field AE. Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *International Journal of Obesity*, 2012;36:944-49.
40. Smith C, Thelen H. Development & validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984;52(5):863-72.
41. Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus M. (1993). *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QWEP-R)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
42. Stice E, Cooper JA, Schoeller DA, Tappe K, Lowe MR. Are dietary restraint scales valid measures of moderate- to long-term dietary restriction? Objective biological and behavioral data suggest not. *Psychological Assessment*, 2007;19:449-58.
43. Stice E, Fisher M, Lowe MR. Are dietary restraint scales valid measures of acute dietary restriction? Unobtrusive observational data suggest not. *Psychological Assessment*, 2004;16:51-9.
44. Stunkard AJ, Messick S. The Three-Factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition affect and hunger. *Appetite*, 1985;18:167-183.
45. Toro J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
46. Vargas L, Casillas L. Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 1993;16:34-46.
47. Vázquez R, Galán J, López X, Álvarez GL, Mancilla JM, Caballero A, et al. Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2011;2(1):42-52.