



Facultad de Estudios Superiores

IZTACALA

Influencia del estrés percibido sobre los episodios de atracón en una muestra argentina

Influence of perceived stress on binge-eating episodes in an argentine sample

Nicolás Schiojetman^{1,2,3,4}, Matías Serafini^{1,2,3,4} & Valeria Teresa Pedrón^{1,2,4}

¹ Instituto de investigación. Facultad de psicología y psicopedagogía, Universidad del Salvador.

² Universidad Abierta Interamericana. Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud. Buenos Aires, Argentina.

³ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

⁴ Grupo interdisciplinario de investigación en aprendizaje y conductas de ingesta durante el desarrollo (GINACID), Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 2023-01-14

Revisado: 2023-05-08

Aceptado: 2023-09-01

Autor de correspondencia: matiasserafini@gmail.com (M. Serafini)

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen.

El Trastorno por Atracón (TPA) se caracteriza por la ingesta exacerbada de grandes cantidades de alimentos en un breve lapso de tiempo y una sensación de pérdida de control. La literatura muestra que los eventos estresantes podrían estar implicados en la etiología y mantenimiento del trastorno. Sin embargo, los estudios con población Argentina son escasos. El objetivo fue Explorar la relación entre el estrés percibido y el TPA. Participaron del estudio 180 mujeres y 76 hombres de nacionalidad argentina con una edad promedio de 29.11 años (DE = 8.75). Se halló una asociación positiva entre el estrés percibido, el Índice de masa corporal (IMC) y la conducta de atracón en los sujetos que señalaron poseer atracones, así como también entre los puntajes totales de la escala de atracones (BES) y las subescalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3). El estudio reveló que la variable de estrés percibido predice el 23% de las conductas de atracón. Los hallazgos indican que es crucial enfocarse en la disminución del estrés percibido y en la identificación temprana del TPA para abordar eficazmente esta problemática de salud pública.

Palabras claves: Estrés percibido, Trastorno alimenticios, BES, Atracón, IMC

Abstract. Binge Eating Disorder (BED) is characterized by exacerbated intake of large amounts of food in a short period of time and a sense of loss of control. The literature shows that stressful events could be involved in the etiology and maintenance of the disorder. However, studies with Argentine population are scarce. The objective was to explore the relationship between perceived stress and BED. The study included 180 women and 76 men of Argentinean nationality with a mean age of 29.11 years (SD = 8.75). A positive association was found between perceived stress, Body Mass Index (BMI) and binge eating behavior in subjects who reported binge eating, as well as between the total scores of the Binge Eating Scale (BES) and the subscales of the Eating Disorders Inventory (EDI-3). Finally, the study revealed that the perceived stress variable predicts 23% of binge eating behaviors. The results suggest the importance of working on the reduction of perceived stress as well as on the early detection of BED, in order to address this public health issue.

Keywords: Perceived stress, Eating disorders, BES, Binge eating, BMI

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan principalmente por alteraciones en el comportamiento que inciden de forma negativa en la salud y aspectos psicosociales de aquellas personas que lo padecen (Gómez-Candela et al., 2018). A su vez, se destaca la causa multifactorial de los trastornos de alimentación (Wick et al., 2020) y el importante rol que desarrollan las variables personales, emocionales, biológicas, sociofamiliares y el estrés psicológico (e.g., ansiedad y depresión) como factores de riesgo y vulnerabilidad en dichos trastornos (Borda Mas et al., 2019; Gómez-Candela et al., 2018).

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), estos trastornos se pueden clasificar en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TPA) (American Psychiatric Association, 2013). En relación con este último, el término fue utilizado por primera vez en 1959 por Albert J. Stunkard, para describir las conductas de sobreingesta de sujetos con obesidad (Timothy & Devlin, 2020). En el año 1991 se propuso como una nueva entidad diagnóstica caracterizada por la persistencia de patrones constantes de sobreingesta en ausencia de conductas compensatorias (Spitzer et al., 1991). Años más tarde fue incluido

en el DSM-IV (APA, 2000) como un trastorno de la conducta alimentaria no especificado. En su edición posterior, se reconoce como entidad nosológica propia y diferenciada de otros tipos de trastornos de la alimentación (APA, 2013).

El TPA se caracteriza por una ingesta exacerbada, en un tiempo limitado, de una cantidad de alimentos que es superior a lo que la mayoría de las personas ingeriría en un tiempo equiparable. A su vez, se presenta una sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (APA, 2013; Gómez-Candela et al., 2018; Klatzkin et al., 2015). Por otra parte, los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes hechos: comer mucho más rápidamente de lo normal; Comer hasta sentirse desagradablemente lleno; Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente; Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere; Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. Finalmente, los episodios de sobreingesta deben presentarse en ausencia de conductas compensatorias, con una frecuencia mínima semanal, durante tres meses (APA, 2013). A su vez, la prevalencia de TA es casi del doble en sujetos con sobrepeso (índice de masa corporal -IMC > 25), en comparación con sujetos de población general (e.g. Baenas et al., 2023).

Los estudios previos evidencian que los eventos estresantes podrían estar implicados en la etiología y mantenimiento del trastorno (Hughes et al., 2020; Wonderlich et al., 2018; Klatzkin et al., 2015). Algunas personas, en respuesta al estrés, incrementan la preferencia por alimentos con altos niveles de azúcares (Marciello et al., 2020; Westwater et al., 2020). También se observan que los cambios en el patrón de ingesta tienden asociarse al nivel de estrés percibido (Hughes et al., 2020). No obstante, la literatura adolece de algunas limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los estudios se han realizado en mujeres de Estados Unidos (Wick et al., 2020), lo que limita la extrapolación a otras poblaciones. En segundo lugar, no se suele diferenciar el diagnóstico entre pacientes que tengan Trastorno Por Atracón y Obesidad (Klatzkin et al., 2015; Yiu et al., 2018). Teniendo en cuenta estos antecedentes, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar la relación entre el estrés percibido, el IMC y la conducta de atracón, en mujeres y hombres de nacionalidad Argentina. Además, se compararon las variables de interés entre aquellas personas que presentaban TPA y las que no.

Metodología General

Diseño de investigación

El diseño utilizado fue de tipo descriptivo-correlación y de corte transversal. El muestreo fue de tipo no probabilístico, por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2008).

Participantes

Se recolectó una muestra no probabilística conformada por 257 personas adultas residentes en la República Argentina, de las cuales el 70% eran mujeres ($n=180$), el 29.6% hombres ($n = 76$) y el 0.4% prefirió no mencionar su género ($n = 1$). El rango de edad osciló entre 18 y 61 años ($M = 29.11$ $DE = 8.75$). En relación con el IMC, el 68.9% de los participantes ($n = 177$) tenían un peso normal ($18,5 \geq \text{IMC} \leq 24,99$), el 19.8% ($n = 51$) sobrepeso

($25 \geq \text{IMC} \leq 29,99$), el 7.4% ($n = 19$) Obesidad grado I ($30 \geq \text{IMC} \leq 34,9$), el 3.1% ($n = 8$) tenían Obesidad Grado II ($35 \geq \text{IMC} \leq 39,99$) y el 0.8% ($n = 2$) Obesidad grado III ($40 \geq \text{IMC}$), según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (2015). Los criterios de exclusión fueron: a) Ser residentes de un país que no sea argentina, b) un IMC $< 18,5$ (bajo peso), c) edad < 18 años.

Procedimiento

Todos los sujetos proporcionaron su consentimiento para participación en el estudio, la cual fue anónima y voluntaria, en concordancia con lo expuesto en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). La recolección de datos se realizó a través de redes sociales (i.e., WhatsApp, Facebook e Instagram). Los cuestionarios fueron autoadministrados y se suministraron a través de formularios online en la plataforma Google Forms.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Consta de una serie de preguntas autoadministradas que proporciona información sobre los datos personales más relevantes para los fines de la investigación. Se recolectó datos en relación con el género, edad, ocupación laboral, nivel de estudios alcanzados, lugar de residencia, peso (en kg) y altura (en metros) aproximados, diagnóstico de trastorno alimenticio, si se encuentran recibiendo algún tratamiento médico o internados en una unidad médica por el diagnóstico de TPA, como así también frecuencia de episodios de atracón en el último tiempo.

Índice de masa corporal (IMC)

El IMC se calculó dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros ($\text{IMC} = \text{peso [kg]} / \text{altura [m]}^2$) (ver Organización Mundial de la Salud, 2015).

Adaptación local de la escala de atracones (BES)

Se utilizó la *escala de atracones* (Gormally et al., 1982) en su versión traducida y adaptada a la población argentina (alfa de Cronbach de 0.89) (Pedrón et al., 2021). Es un cuestionario autoadministrable que se conforma de 16 ítems totales que se dividen en partes equiparables para explorar: por un lado, las manifestaciones conductuales y, por el otro, los sentimientos y cogniciones asociadas. Cada ítem posee una modalidad de respuesta tipo likert, con cuatro respuestas posibles en un rango de 0 a 3 puntos (0 = sin gravedad de los síntomas de BES, 3 = problemas serios en los síntomas de BES). El rango de puntajes establecidos varía entre 0 a 46 puntos: 0 a 17 puntos indica problemas mínimos del Trastorno por Atracón o ausencia de atracones, de 18 a 26 puntos indica problemas moderados en relación con la conducta de atracones, y una puntuación mayor de 27 puntos indica problemas graves de atracón (Marcus et al., 1988).

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-3)

Se utilizó el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3 (Garner, 2004) en su versión español (Elousa & López-Jáuregui, 2012). Este cuestionario consta de 91 ítems que conforman 12 escalas posibles, de las cuales tres son denominadas de riesgo (Búsqueda de Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal) y nueve refieren a características psicológicas asociadas a los trastornos de alimentación. A su vez, el inventario dispone de una *Forma de referencia* conformada por 25 ítems que corresponden a las escalas de riesgo diseñadas para evaluar, junto con información adicional, el riesgo de trastorno alimentario (Garner, 2004; Rutzstein et al., 2013). Al igual que en la literatura, el presente trabajo solo utilizó las escalas de riesgo de poseer un trastorno alimenticio: Búsqueda de Delgadez (DT) (ítems 1,2,7,11,16,25,32,47,49), Bulimia (B) (ítems 4,5,28,38,46,6) e Insatisfacción Corporal (BD) (ítems 2,9,12,19,31,45,47,55,59,62) (ver Escrivá-Martínez et al., 2019; Rutzstein et al., 2013; Maldonado et al., 2020). En cuanto al formato de respuesta cada ítem se puede responder de la siguiente forma: Nunca, Casi

Nunca, A veces, A menudo, Casi Siempre (Escala tipo Likert). El rango de puntuación en el inventario EDI-3 (Y a diferencia de versiones anteriores), es de 0 a 4. En cada ítem, la respuesta que indica una mayor sintomatología (Siempre o Nunca según la direccionalidad del ítem), se puntúa con el valor 4; la siguiente (Casi siempre o Casi nunca) se puntúa con el valor 3; y la próxima (A menudo o A veces) con el valor 2. La respuesta “A veces” en los ítems directos y “A menudo” en los inversos, se puntúa con el valor 1. Las otras dos respuestas del extremo opuesto a la patología se puntúan con el valor 0 (Rutzstein et al., 2013). Los ítems que son evaluados de forma inversa son los números 1,12,19,31,55 y 62. Las escalas de DT, B y BD cuentan con Alfas de Cronbach de .89, .80 y .86, respectivamente. Esta escala ha probado contar con propiedades psicométricas suficientes para ser aplicada en la población argentina (Rutzstein et al., 2013).

Escala de Estrés Percibido (EEP)

Se utilizó la *Escala de Estrés Percibido (EEP)* de Cohen et al. (1983), en su versión para la población española de habla hispana (Remor, 2006). La versión consta de 14 ítems totales que exploran dos dimensiones: nivel de control y pérdida de control. En cuanto a las respuestas asociadas al control, las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10, y 13 se invierten para valorar el estrés. Los ítems son evaluados mediante una escala de frecuencia con formato de respuesta gradiente tipo Likert de 5 grados que se ubica de 1 (Nunca) a 5 (Muy frecuentemente: todos los días), correspondiendo a un caso igual a 3 (De vez en cuando) en la puntuación total. El puntaje total se obtiene mediante la suma de la reversión de los puntajes de los ítems positivos (Que poseen un enunciado positivo) y los puntajes de los ítems negativos (Guzmán-Yacaman & Reyes-Bossio, 2018). Esta versión ha indicado un Alfa de Cronbach de .82.

Análisis de datos

Para el análisis de los resultados se empleó el paquete estadístico SPSS 28. El análisis se dividió en tres fases. La primera consistió en un análisis descriptivo del

género, edad, nivel de estudios alcanzados, empleo, peso, altura y trastorno de alimentación. La segunda, consistió en una comparación entre las dimensiones de los instrumentos en función del trastorno de alimentación (atracones vs sin atracones). Para tal fin se evaluó la normalidad de los factores de los inventarios administrados a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Dicha prueba mostró que los puntajes se ajustaron a una distribución normal ($p > .05$). En consecuencia, se realizaron los análisis de estadísticas inferenciales a través de la prueba *t de Student para muestras independientes*. En la última fase, se utilizó el *Coefficiente de correlación de Pearson* para indagar las relaciones entre el estrés percibido, el IMC y los puntajes obtenidos en la escala BES. Por último, se realizó una regresión lineal simple para evaluar el nivel de predicción de la conducta de atracón en función del estrés percibido. En todos los análisis se estableció un nivel de significación estadística α de .05.

Resultados

Datos sociodemográficos del grupo sin episodios de atracón

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos de los participantes del estudio ($n = 257$). El 68.5% de los sujetos indicaron no haber tenido episodios de atracón ($n = 176$). El rango de edad osciló entre 18 y 61 años ($M = 29.66$, $DE = 9.26$). En relación con el género, el 63.3% de los participantes fueron mujeres ($n = 115$), el 34.1% hombres ($n = 60$) y el 0.6% prefirió no mencionar su género ($n = 1$). En lo que concierne al máximo nivel de estudios alcanzados, el 42% fue a la universidad ($n = 74$) y el 12.5% se encuentra comenzando estudios en un nivel terciario ($n = 22$). El 77.6% indicaron contar con un empleo estable y regular ($n = 136$), el 15.3% no tener empleo ($n = 27$) y 12.3% reportaron que ninguna de las respuestas anteriores era la indicada ($n = 13$). El rango de peso se situó entre los 43 y 150 kilos ($M = 66.54$, $DE = 14.62$) y la altura varió entre 1,48 y 2,01 metros ($M = 1.66$, $DE = 0.83$). El IMC se ubicó entre 18.7 y 49 ($M = 24.02$, $DE = 4.32$) (ver Tabla 2). Por último, el 7.4% refirió haber sido diagnosticado con un trastorno de alimentación ($n = 13$) mientras que el 92,65% menciona

Tabla 1. Máximo nivel de estudios alcanzados

	Presencia de atracones	N	%
Si	Terminé la secundaria	5	6,20%
	Comencé estudios terciarios	17	21,00%
	Terminé estudios terciarios	5	6,20%
	Fui a la universidad	43	53,10%
	Terminé la universidad	11	13,60%
	Terminé la secundaria	8	4,50%
No	Comencé estudios terciarios	22	12,50%
	Terminé estudios terciarios	16	9,10%
	Fui a la universidad	74	42,00%
	Terminé la universidad	35	19,90%
	Comencé estudios posgrado	10	5,70%
	Terminé estudios posgrado	11	6,30%

Nota. En la tabla se indica el máximo nivel de estudios alcanzados en referencia a dos grupos de la muestra: aquellos que sí tuvieron un episodio de atracón ($N = 81$) y aquellos que indicaron no poseerlo ($N = 176$).

que no ($n = 163$). En relación con los diagnósticos, el 54% ($n = 7$) tuvo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, el 23% Bulimia Nerviosa ($n = 3$) y el 15% con Trastorno por Atracón ($n = 2$). Ninguna de las personas se encontraba en tratamiento.

Datos sociodemográficos del grupo con episodios de atracón

El 31.5% de los sujetos indicaron haber tenido episodios de atracón ($n = 81$). El rango de edad osciló entre 18 y 55 años ($M = 27.89$, $DE = 7.42$). En relación con el género el 80.2% de los participantes fueron mujeres ($n = 65$) y el 19.8 % hombres ($n = 16$). En lo que concierne al máximo nivel de estudios alcanzados, el 53% fue a la universidad ($n = 43$) y el 21% se encuentra comenzando estudios en un nivel terciario ($n = 17$). El 67.9% indicaron contar con un empleo estable y regular ($n = 55$), el 19.8% no tener empleo ($n = 16$) y 12.3% reportaron que ninguna de las respuestas anteriores era la indicada ($n = 10$) (ver tabla 1).

El rango de peso se situó entre los 44 y 140 kilos ($M = 68.85$, $DE = 16.91$) y la altura varió entre 1.50 y 1.95 metros ($M = 1.64$, $DE = 0.83$). El IMC se ubicó entre 18.7

Tabla 2. Grado del IMC

Presencia de atracones.	N	%
Si	Peso normal	53
	Sobrepeso	14
	Obesidad grado I	10
	Obesidad grado II	3
	Obesidad grado III	1
No	Peso normal	124
	Sobrepeso	37
	Obesidad grado I	9
	Obesidad grado II	5
	Obesidad grado III	1

Nota. En la tabla se indica el grado del índice de Masa Corporal en referencia a dos grupos de la muestra: aquellos que sí tuvieron un episodio de atracón (N=81) y aquellos que indicaron no poseerlo (N=176).

y 51.9 ($M=25.28$, $DE=5.31$) (ver Tabla 2). Por último, el 14.8% refirió haber sido diagnosticado con un trastorno de alimentación ($n = 12$) mientras que el 85.2% menciono que no ($n = 69$). En relación con los diagnósticos, el 33.3% ($n = 4$) tuvo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, el 33.3% Bulimia Nerviosa ($n = 4$) y el 33.3% con Trastorno por Atracón ($n = 4$). Solo una de las personas se encontraba en tratamiento.

El 38.3% indico tener un atracón semanal ($n = 31$), el 25.9% dos veces por semana ($n = 21$), el 23.5% tres veces por semana ($n = 19$), el 7.4% cuatro veces por semana ($n = 6$), el 2.5% cinco veces por semana ($n = 2$), el 1.2% seis veces por semana ($n = 1$) y el 1.2% indico tener más de diez atracones por semana ($n = 1$).

Comparaciones de grupo para BES, EDI-3, EEP e IMC

Las personas con episodios de atracón exhibieron mayores puntajes en los factores de los inventarios comparado con las personas sin atracón. Los análisis

estadísticos arrojaron diferencias significativas en la *Escala de Atracones* ($M_{\text{Episodios de atracón}} = 19.31$, $DE_{\text{Episodios de atracón}} = 8.83$; $M_{\text{Sin episodios de atracón}} = 10.39$, $DE_{\text{Sin episodios de atracón}} = 7.16$), $t(7.96) = 130.32$, $p < .001$, y la *Escala de Estrés Percibido* ($M_{\text{Episodios de atracón}} = 31.04$, $DE_{\text{Episodios de atracón}} = 9.19$; $M_{\text{Sin episodios de atracón}} = 26.60$, $DE_{\text{Sin episodios de atracón}} = 8.74$), $t(3.71) = 255$, $p < .001$. A su vez, se hallaron diferencias significativas para las tres subescalas del EDI-3: *Búsqueda de Delgadez* ($M_{\text{Episodios de atracón}} = 18.58$, $DE_{\text{Episodios de atracón}} = 9.85$; $M_{\text{Sin episodios de atracón}} = 9.88$, $DE_{\text{Sin episodios de atracón}} = 8.68$), $t(7.15) = 255$, $p < .001$, *Bulimia* ($M_{\text{Episodios de atracón}} = 5.11$, $DE_{\text{Episodios de atracón}} = 4.56$; $M_{\text{Sin episodios de atracón}} = 2.07$, $DE_{\text{Sin episodios de atracón}} = 2.75$), $t(5.53) = 107.63$, $p < .001$ e *Insatisfacción Corporal* ($M_{\text{Episodios de atracón}} = 18.80$, $DE_{\text{Episodios de atracón}} = 11.24$; $M_{\text{Sin episodios de atracón}} = 11.10$, $DE_{\text{Sin episodios de atracón}} = 9.05$), $t(5.40) = 129.53$, $p < .001$.

El IMC fue mayor en el grupo con episodios de atracón ($M=25.28$, $DE=5.31$) comparado con las personas sin episodios de atracón ($M=24.02$, $DE=4.32$). Estas observaciones se sostienen con los resultados estadísticos, $t(2.00) = 255$, $p < .02$.

Análisis de correlación entre el EEP, IMC y BES

Los análisis mostraron una correlación positiva significativa entre el puntaje total de la escala BES con los puntajes de EEP ($r = 0.49$; $p < 0.001$) y el IMC ($r = 0.27$; $p < .001$) de personas con episodios de atracón. A su vez, se encontró una asociación positiva significativa en la subescala de cogniciones/emociones del BES con el IMC ($r = 0.25$; $p < .001$) y los puntajes obtenidos en EEP ($r = 0.47$; $p < .001$). Finalmente, se halló una asociación positiva significativa entre los puntajes de la subescala de conductas del BES con el IMC ($r = 0.26$; $p < .001$) y la EEP ($r = 0.44$; $p < .001$).

Por otro lado, se encontraron asociaciones positivas significativas entre los puntajes totales obtenidos en el BES y las subescalas del EDI-3 de Bulimia ($r = 0.72$; $p < .001$), Búsqueda de delgadez ($r = 0.64$; $p < .001$) e insatisfacción corporal ($r = 0.61$; $p < .001$). Estos resultados indican que el cuestionario es adecuado para evaluar estos aspectos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las correlaciones, se llevó a cabo un análisis de regresión

Tabla 3. Regresión lineal simple para evaluar el nivel de predicción de la conducta de atracón en función del estrés percibido

Modelos	F	R ²	ΔR ²	B	Error estándar	β	p	1-β	f ²
Modelo 1	78.45	.24	.23	.47	.05	.48	.001	.95	.32
EEP	-1,255								

lineal simple para evaluar el nivel de predicción de la conducta de atracón en función del estrés percibido. Los resultados de la tabla 3 muestran que todos los índices de significancia, potencia estadística y tamaño del efecto son adecuados y que en conjunto la variable de estrés percibido predice el 23% de la conducta de atracón.

Discusión

El objetivo del estudio consistió en indagar la relación entre el estrés percibido y la conducta de atracón, en personas mayores a dieciocho años de nacionalidad argentina. Los resultados muestran que personas con episodios de atracón, obtienen mayores puntajes en la Escala de Atracones (BES), las tres subescalas de riesgo pertenecientes al EDI-3 (búsqueda de delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y en el puntaje obtenido en la escala de estrés percibido, comparado con los sujetos que no señalaron poseer conductas de atracón. A su vez, el grupo con episodios de atracones obtuvo un IMC mayor al del grupo sin atracones. Por otra parte, se encontraron asociaciones positivas entre el estrés percibido, el IMC y la conducta de atracón en los sujetos que habían indicado poseer atracones, así como también entre los puntajes totales obtenidos en el BES y las subescalas del EDI-3. Por último, se halló que la variable de estrés percibido predice el 23% de las conductas de los atracones.

En conjunto, todos estos resultados son congruentes con los hallazgos obtenidos por investigaciones previas. Un estudio sobre la validación del BES indicó que un puntaje mayor a 17 posee un valor predictivo positivo de la conducta de atracón en un 81.8%, mencionando que el BES sería útil para discriminar pacientes con y sin atracón (Robert et al., 2013). Asimismo, un

estudio realizado con más de 1000 mujeres sugirió que el BES es capaz de identificar al 81.1% las personas con síntomas de atracón alimentario y al 97.8% las personas sin síntomas de atracón (Duarte et al., 2015). En síntesis, el BES posibilita realizar una primera discriminación entre aquellos sujetos que poseen atracones y los que no. No obstante, es necesario complementar con otros instrumentos para realizar un diagnóstico más preciso.

Los resultados hallados en las tres subescalas de riesgo pertenecientes al EDI-3 son consistentes con la literatura previa. Martínez & Berengüí (2020) clarifican que la subescala de bulimia es conceptualizada como la tendencia a sufrir atracones o ataques sin control de la ingesta de alimentos. Por otro lado, la insatisfacción con el peso corporal y la búsqueda de delgadez puede desplegar conductas alimentarias de riesgo tales como el ejercicio físico en exceso, restricciones y atracones. Ahrberg et al. (2011) reportaron que las personas con TPA o con presencia de sintomatología de dicha nosología, exhiben una mayor preocupación en relación con su imagen corporal, como así también un mayor grado de evitación en cuanto a su cuerpo, en comparación con aquellos sujetos sin TPA. Asimismo, proponen que la imagen corporal podría ser un síntoma en sujetos con TPA (Ahrberg et al., 2011). Otros estudios sugieren que la búsqueda de delgadez es un síntoma predictivo de trastornos alimenticios tales como la Bulimia Nerviosa o el TPA (Timothy & Devlin, 2020; Stice, Marti & Durant, 2011). Si bien la búsqueda de delgadez no ha sido indicada en el DSM-V (APA, 2013) como uno de los criterios diagnósticos para identificar a sujetos con TPA, esta podría ser considerada como un criterio diagnóstico suplementario en dicho trastorno.

En cuanto al IMC, la literatura previa es ambigua. Si bien algunos estudios reportan una fuerte asociación

entre la obesidad y el Trastorno Por Atracón (Gutiérrez et al., 2019; Udo & Grillo, 2018) otras no lo encuentran (Bulik et al., 2000; Munsch et al., 2012), lo que plantea la necesidad de profundizar en los estudios vinculen el IMC con TPA.

En referencia al EEP, los resultados son consistentes con la literatura previa. Diversos estudios muestran que la presencia del estrés percibido se asocia con alteraciones en la conducta alimentaria como una mayor frecuencia de atracones (Pendleton et al., 2001; Sims et al., 2008). Sims et al. (2008) reportaron una asociación positiva entre el puntaje obtenido en el BES y el puntaje de la escala de estrés percibido en personas con episodios de atracones. Además, un estudio realizado en mujeres inscriptas en un programa de nutrición suplementaria en Cumberland, Carolina del Norte, encontró una asociación positiva entre el estrés percibido y la alimentación descontrolada (Richardson et al., 2015). Otros datos muestran una correlación positiva entre el estrés percibido y la gravedad de los atracones. A su vez, una mayor percepción de control en relación con el manejo de su estrés predice una menor gravedad en los episodios de sobreingesta (Goetze, 2018).

Por otra parte, la variable de estrés percibido predice el 23% de las conductas de atracones. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que sugieren que el estado de estrés agudo puede precipitar la pérdida de control y un aumento de la ingesta alimenticia (Marciello et al., 2020; Westwater et al., 2020). Además, el estrés percibido es un posible precursor de la conducta de atracón en población no clínica (Dallman, 2010; Freeman & Gil, 2004; Groesz et al., 2012).

Conclusión

En este trabajo, se evaluó el riesgo de TPA en los participantes. Se encontró que el 31.5% de la muestra total cumplía con criterios que los situaban en riesgo de padecerlo, como mencionar atracones, puntuar moderada o elevadamente en la escala BES y en las escalas de riesgo del EDI-3. Sin embargo, en nuestra muestra observamos que solo tres de 81 personas evaluadas reportaron haber sido diagnosticadas con TPA. Estos datos son consistentes con investigaciones previas que

indican que el TPA suele estar subdiagnosticado quizá debido a que ha sido agregado recientemente como categoría diagnóstica (Harris et al., 2021). Además, las personas pueden sentir vergüenza o no querer hablar sobre sus episodios de atracón. Por lo tanto, se sugiere trabajar en programas de detección temprana y brindar información a la población general sobre el TPA para mejorar la búsqueda de ayuda y el tratamiento.

Por otra parte, se halló una asociación positiva entre los puntajes obtenidos en la Escala de Estrés Percibido, la Escala de Atracones y el Índice de Masa Corporal, así como la capacidad predictiva del estrés percibido en la conducta de atracón. Esto es una fortaleza del estudio ya que muestra la necesidad de trabajar en la reducción o control del estrés en personas con riesgo de TPA y podría ayudar en el tratamiento de dicho trastorno. Una de las limitaciones del estudio fue que se realizó con personas con posible riesgo de TPA, no diagnosticadas. Por lo que sería importante realizar investigaciones en el futuro con personas que hayan sido diagnosticadas por profesionales expertos en la evaluación de TCA. Además, futuras investigaciones podrían enfocarse en evaluar la efectividad de diferentes tratamientos para reducir el estrés, como Mindfulness, en la reducción de episodios de atracón en pacientes con TPA.

Referencias

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011). Body image disturbance in binge eating disorder: A review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375-381. <https://doi.org/10.1002/erv.1100>
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- IV)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- 5°)*. American Psychiatric Pub.
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible desde: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf
- Baenas, I., Miranda-Olivos, R., Solé-Morata, N., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2023). Neuroendocrinological factors in binge eating disorder: A

- narrative review. *Psychoneuroendocrinology*, 150,1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106030>
- Borda Mas, M. D. L. M., Asuero Fernández, R., Avargues Navarro, M. L., Sánchez Martín, M., Río Sánchez, C. D., & Beato Fernández, L. (2019). Estilos parentales percibidos en los trastornos de la alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (1), 12-21. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1086>
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2009.10.004>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., y Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: validity and screening value of the binge eating scale in women from the general population. *Eating Behaviors* 18, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.007>
- Escrivá-Martínez, T., Galiana, L., Rodríguez-Arias, M., y Baños, R. M. (2019). The binge eating scale: Structural equation competitive models, invariance measurement between sexes, and relationships with food addiction, impulsivity, binge drinking, and body mass index. *Frontiers in psychology*, 10, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00530>
- Freeman, L. M. Y., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 204-212. <https://doi.org/10.1002/eat.20012>
- Garner, D. M. (2004). Eating disorder inventory-3 (EDI-3). *Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Goetze, R. E. (2018). *The Role of Perceived Control and Cardiac Function among Individuals with Binge Eating Symptomatology*. The University of Maine.
- Gómez-Candela, C., Palma-Milla, S., Miján-de-la-Torre, A., Rodríguez-Ortega, P., Matía-Martín, P., Loria-Kohen, V., ... & Martín-Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. Resumen ejecutivo. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 489-494. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1819>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., ... & Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2), 717-721. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.028>
- Gutiérrez, M. C. D., Bilbao, G. M., Santoncini, C. U., Espinosa, A. M., Izeta, E. I. E., & Carriedo, A. P. (2019). Relación entre estatus nutricional, insatisfacción corporal y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de nutrición. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 53-65. <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>
- Guzmán-Yacaman, J.E. y Reyes-Bossio, M. (2018). Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés en estudiantes universitarios peruanos. *Revista de Psicología*, 2(36), 718- 750. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201802.012>
- Harris, S. R., Carrillo, M., & Fujioka, K. (2021). Binge-eating disorder and type 2 diabetes: a review. *Endocrine Practice*, 27(2), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2020.10.005>
- Hughes, M. R., Lee, Y. J., Heck, D. E., y Kim, H. D. (2020). Stress, Food Addiction and Brain: Molecular Determinants and its Neural Networks Using Omics Platform. *Series of Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 2(1), 1-6. <https://seriescience.com/wp-content/uploads/2020/01/Stress-Food-Addiction.pdf>
- Klatzkin, R. R., Gaffney, S., Cyrus, K., Bigus, E., y Brownley, K. A. (2015). Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiology y behavior*, 142, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.01.018>
- Maldonado-Ferrete, R., Catalán-Camacho, M., Álvarez Valbuena, V., y Jáuregui-Lobera, I. (2020). Funcionamiento neuropsicológico en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: un estudio comparativo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(5), 504-534. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3398>
- Marciello, F., Monteleone, A. M., Cascino, G., Patriciello, G., Pelligrino, F., y Fiorenza, G. (2020). Early traumatic experiences and eating disorders: a focus on the endogenous stress response system. *Journal Of Psychopathology*, 26, 77-84. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-364>
- Marcus, M. D., Wing, R. R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 433-439. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.433>
- Martínez, M. Á. C., & Berengüí, R. (2020). Diferencias de personalidad y en variables psicológicas relacionadas con el riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 36(1), 64-73. <https://doi.org/10.6018/analesps.361951>
- Munsch, S., Meyer, A. H., & Biedert, E. (2012). Efficacy and predictors of long-term treatment success for cognitive-behavioral treatment and behavioral weight-

- loss-treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(12), 775-785. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.009>
- Pendleton, V. R., Willems, E., Swank, P., Poston, W. S. C., Goodrick, G. K., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2001). Negative stress and the outcome of treatment for binge eating. *Eating Disorders*, 9(4), 351-360. <https://doi.org/10.1080/106402601753454912>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSE). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>
- Richardson, A. S., Arsenaault, J. E., Cates, S. C., & Muth, M. K. (2015). Perceived stress, unhealthy eating behaviors, and severe obesity in low-income women. *Nutrition journal*, 14(1) 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12937-015-0110-4>
- Robert, S. A., Rohana, A. G., Suehazlyn, Z., Maniam, T., Azhar, S. S., y Azmi, K. N. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: a comparison with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Journal of Eating Disorders*, 1(2), 1-8. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-28>
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L., & Maglio, A. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 4(1), 1-14. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v4n1/v4n1a1.pdf>
- Sims, R., Gordon, S., Garcia, W., Clark, E., Monye, D., Callender, C., & Campbell, A. (2008). Perceived stress and eating behaviors in a community-based sample of African Americans. *Eating behaviors*, 9(2), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.06.006>
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., ... Nonas, C. (1991). Binge eating disorder: to be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 627-629. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199111\)10:6%3C627::AID-EA-T2260100602%3E3.O.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199111)10:6%3C627::AID-EA-T2260100602%3E3.O.CO;2-4)
- Stice E, Marti N, & Durant S (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Timothy, B., y Devlin, M.J. (2020). Binge-Eating Disorder: Unanswered Questions (Eds.). *Binge eating: A transdiagnostic psychopathology* (pp. 303-31). Springer.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Westwater, M. L., Mancini, F., Shapleske, J., Serfontein, J., Ernst, M., Ziauddeen, H., y Fletcher, P. C. (2020). Dissociable hormonal profiles for psychopathology and stress in anorexia and bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 51(16), 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001440>
- Wick, M. R., Fitzgerald, E. H., y Keel, P. K. (2020). Epidemiology of Binge Eating (Eds.). *Binge eating: A transdiagnostic psychopathology* (pp. 3-12). Springer.
- Wonderlich, J. A., Breithaupt, L., Thompson, J. C., Crosby, R. D., Engel, S. G., y Fischer, S. (2018). The impact of neural responses to food cues following stress on trajectories of negative and positive affect and binge eating in daily life. *Journal of psychiatric research*, 102, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.03.005>
- Yiu, A., Christensen, K., Arlt, J. M., y Chen, E. Y. (2018). Distress tolerance across self-report, behavioral and psychophysiological domains in women with eating disorders, and healthy controls. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 61, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.05.006>