



EL TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU POSICIÓN ACTUAL EN LA SOCIEDAD

AUTORA: Laura Rico Acosta

TUTOR: Víctor Vaz de Jesús

COTUTORA: Pilar Mancebo

CURSO: 2022/2023

1. INTRODUCCIÓN

Tras la pandemia vivida en 2020 y el auge de las redes sociales, la salud mental ha ido cayendo en picado. Ya es habitual, e incluso frecuente, escuchar casos de personas que luchan día a día contra su mente, llevando su cuerpo al límite. Es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, un grupo de trastornos que nos amenazan por todas nuestras fronteras, desde las tradicionales dietas hasta las novedosas redes sociales. Nosotros, los adolescentes, somos el grupo más expuesto a esta tormenta de inestabilidad psicológica, ya que nuestra mentalidad, autoestima y madurez se encuentran en constante cambio.

Tradicionalmente, los trastornos de la conducta alimentaria se han asociado siempre a la búsqueda de un cuerpo perfecto y a la idealización de la delgadez. Pero, ¿este grupo de trastornos se limita únicamente a la satisfacción de ver cómo disminuyen los números en la balanza? En realidad, estas características son propias de la anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN), dos famosos trastornos que condicionan y limitan numerosos ámbitos en la vida de quien las padece.

Sin embargo, hemos estado viviendo con un tercer intruso entre nosotros que se ha mantenido en silencio y escondido durante muchos años. Se trata del trastorno por atracón, el tercer trastorno de la conducta alimentaria. Debido a su reciente reconocimiento oficial en 2013, actualmente existe un gran desconocimiento acerca de este problema. Como consecuencia, este trastorno no es considerado un problema serio para las personas que lo padecen, e incluso llega a estar invisibilizado o estigmatizado. Expertos afirman que estos últimos años, a raíz de la pandemia de Covid-19, han aumentado los casos de este trastorno debido al incremento de la ansiedad en la población (Román, 2022). A pesar de ello, ¿realmente se le da la suficiente importancia?

Testimonios como el de Marga Garcies, hacen referencia al mismo problema: «Mucha, muchísima gente lo sufre en silencio, lo esconde y ni siquiera sabe que es un problema médico y que puede pedir ayuda» (Ramos, M. J., 2021). Esto nos hace darnos cuenta de que hay una falta de concienciación acerca de este trastorno, que conlleva consecuencias graves sobre las personas que lo padecen, hasta el punto de no reconocer que tienen una patología que necesita tratamiento.

Antes de hablar sobre el trastorno por atracón (TA), es muy importante hacer hincapié en la definición del atracón como episodio, ya que este fenómeno puede ser experimentado por cualquier persona, independientemente de si padece un trastorno psicológico o no. Cuando se habla de atracón, se está haciendo referencia a un término que se emplea en la literatura clínica y en los estudios acerca de los trastornos alimentarios para referirse a un episodio presente en todos los TCA y también en otros trastornos no alimentarios, aunque está principalmente vinculado al TA y a la BN. Además, este fenómeno puede darse en cualquier persona independientemente de su rango de peso. El episodio de atracón está relacionado con los rasgos impulsivos de la personalidad, al contrario de la restricción alimentaria, que está relacionada con un rasgo de hipercontrol (Borra, 2008). Estos episodios se definen por dos puntos clave establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) y anteriormente mencionados: en primer lugar, la persona que lo experimenta ingiere cantidades de comida claramente superiores a las que otra persona lo haría en circunstancias similares. En segundo lugar, la persona experimenta una sensación de pérdida de control sobre lo que está comiendo, es decir, una sensación de no poder parar o incluso de necesitar seguir comiendo a pesar de estar satisfecho. Este último rasgo es el más importante para determinar un episodio de atracón, ya que puede confundirse fácilmente con un episodio común de sobreingesta en ciertas ocasiones, como eventos importantes, cumpleaños, bodas u otras situaciones similares (Borra, 2008).

El trastorno por atracón propiamente dicho (TA o BED, *Binge Eating Disorder* en inglés) es el tercer trastorno de la conducta alimentaria especificado, que se caracteriza por la aparición de episodios frecuentes de atracón en ausencia de conductas compensatorias. La particular importancia de este trastorno reside en el hecho de que es el TCA más común entre la población general, superando a la AN y la BN y, además, tiene una estrecha relación con la población obesa (Hernández y Ledón, 2018; Gómez et al., 2016).

El TA comparte con la bulimia el impulso irrefrenable de comer y los atracones recurrentes, pero no aparecen conductas compensatorias inadecuadas como el vómito o el ejercicio excesivo (APA, 2013). Sin embargo, los pacientes con TA también experimentan un malestar con su propio cuerpo y una obsesión con la comida de forma grave en su día a día. Otras características comunes que presentan los pacientes con TA son: un mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social, exceso de preocupación por el cuerpo, figura o peso, una importante cantidad de tiempo de la vida adulta haciendo dieta, historia de depresión, abuso de alcohol o drogas, tratamiento por problemas emocionales, historia de obesidad severa, inicio precoz de sobrepeso e inicio temprano haciendo dietas. Además, las personas con TA pueden presentar una obesidad importante, fluctuaciones en el peso y grandes dificultades para perder peso y mantener el peso perdido (Guisado y Vaz, 2001).

Existen diversos factores predisponentes que potencian el desarrollo de este trastorno, destacando en primer lugar la restricción alimentaria, ya que los intentos de restringir una dieta con normas rígidas favorecen la aparición de hambre fisiológica y psicológica, generando una ansiedad creciente y haciendo que sea muy fácil romper dichas normas comiendo en exceso. Esto da lugar a la aparición de un ciclo de restricción-atracón, ya que el episodio de atracón genera sentimientos negativos de culpa y arrepentimiento, por lo que el individuo tiende a sobrellevarlos intentando recuperar el control sobre la dieta y compensando esas calorías de más, sometiéndose así de nuevo a un periodo restrictivo, y así sucesivamente (Herman y Mack, 1975).

Otro factor central en el desarrollo del trastorno por atracón es una mala regulación emocional, por lo que el atracón es una respuesta a una falta de estrategia adaptativa frente a las emociones (Borra, 2008). El atracón logra calmar las emociones negativas a corto plazo, ya que se emplea la comida como método de regulación emocional, pero se produce el efecto contrario al acabar el periodo de sobreingesta, debido a la aparición de sentimientos negativos como la culpa, la ansiedad, el fracaso o la vergüenza por lo que, de nuevo, se genera un ciclo. Se ha señalado que las personas con atracones no sufren más situaciones estresantes, sino que perciben un mayor nivel de estrés debido a su baja tolerancia a las emociones y a los cambios de humor (Escandón y Garrido, 2020).

Otros factores de riesgo para el TA son los sentimientos negativos sobre la figura corporal, una excesiva preocupación por esta, los traumas infantiles tempranos, los problemas interpersonales y de comunicación y el entorno familiar, ya que este último determina cómo se forjan las costumbres y creencias acerca de la alimentación (Escandón y Garrido, 2020).

Con el presente estudio se pretende dar visibilidad y relevancia a este trastorno, ya que es importante concienciar a la población de que se trata de un problema serio que no debe pasarse por alto, y que los TCAs no consisten únicamente en «dejar de comer», sino que también incluyen conductas opuestas que son igual de perjudiciales.

2. METODOLOGÍA

2. 1. Hipótesis y objetivos

Las mujeres y las personas jóvenes presentan una incidencia mayor de conductas de atracón y, por ello, conocen mejor la sintomatología asociada al trastorno por atracón, que es muy poco conocida entre la población.

Para la aceptación o rechazo de esta hipótesis, se establecieron cuatro objetivos principales:

- 1) Determinar la presencia y gravedad de las conductas de atracón en la población de la Comunidad de Madrid en función de grupos de edad, sexo e IMC.
- 2) Analizar la asociación entre las conductas de atracón y hábitos como la realización de ejercicio y dietas.
- 3) Estudiar el nivel de conocimiento general sobre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por atracón en específico.
- 4) Establecer una posible correlación entre las conductas de atracón y el nivel de conocimiento de los problemas de alimentación.

2. 3. Muestra

Para este estudio se analizó una muestra poblacional de la Comunidad de Madrid formada por 363 participantes, de los cuales 221 alumnos eran estudiantes del IES Profesor Ángel Ysern. Se cumplimentaron 142 encuestas fuera del instituto mediante Formularios de Google. Del número total de encuestas, 238 fueron rellenadas por mujeres y 125 por hombres. Se redujo la muestra de participantes a personas residentes en la Comunidad de Madrid, predominando la localidad de Navalcarnero y sus alrededores. Se excluyeron participantes menores de 13 años y mayores de 55 años.

La muestra dividida en categorías de sexo y edad se recoge en la siguiente tabla:

		RANGO DE EDAD				TOTAL
		18-18	19-29	30-40	41-55	
SEXO	Hombres	82	17	17	9	125
	Mujeres	162	32	17	27	238
TOTAL		244	49	34	36	363

Tabla 1. Recuento total de la muestra según sexo y edad.

2. 4. Material y métodos

Para la realización del marco teórico se realizó una revisión bibliográfica de artículos electrónicos sobre el trastorno por atracón, obesidad y sobreingesta compulsiva. La búsqueda se realizó en Google

Académico, Dialnet y PubMed, incluyendo artículos tanto en español como en inglés. Se dio gran importancia a artículos posteriores al año 2015 para contar con datos actualizados. Sin embargo, a partir de los artículos seleccionados se identificaron otros estudios previos, que se han incluido para realizar una revisión y evolución histórica sobre el trastorno por atracón.

Para la investigación de campo se realizó un estudio mixto en el que se emplearon dos encuestas como instrumentos de recogida de datos.

En primer lugar, para el primer objetivo se realizó una adaptación propia de la encuesta *Binge Eating Scale* o BES (Gormally et al., 1982) traducida oficialmente al español. Se trata de una encuesta de 16 reactivos empleada para evaluar la presencia de conductas de atracón, las cuales pueden ser indicadoras de un trastorno alimenticio. La escala traducida oficial fue reformulada con un lenguaje y formato más sencillos con el fin de poder repartir esta encuesta en grupos de personas de diferentes edades, facilitando la comprensión de las preguntas sobre todo entre los individuos más jóvenes (ver anexo I). A pesar de ser reformulada, la BES no sufrió ningún cambio respecto a los valores de puntuación de cada ítem para que la puntuación total siga los criterios de evaluación establecidos por los creadores de la escala. La BES se empleó para determinar el nivel de severidad de las conductas de atracones de comida y para estimar la posible presencia del trastorno por atracón, ya que no se puede realizar ningún diagnóstico oficial empleando sólo la encuesta y sin un profesional del ámbito en cuestión.

El criterio de puntuación y clasificación de la encuesta que se empleó fue, como ha sido previamente mencionado, el mismo que la encuesta original: la puntuación total se midió sumando los valores de cada respuesta de las 16 preguntas, que van del 0 al 3 en 14 de las preguntas y del 0 al 2 en dos de ellas. La puntuación máxima de la escala es de 46 puntos, aumentando la severidad de los problemas de atracón a medida que aumenta dicha puntuación. Según la puntuación total, se pueden clasificar a los participantes en tres grupos según la gravedad de sus conductas de atracón: las puntuaciones que oscilan entre 0 y 17 corresponden al grupo que no experimenta atracones, seguidos de las puntuaciones que van de 18 a 26, que indican una conducta moderada. El tercer grupo, formado por puntuaciones entre 27 y 46, presentan una conducta severa de atracones y, por tanto, es el grupo con mayor probabilidad de padecer TA. A la hora de recopilar e interpretar los resultados, se analizaron los tres grupos previamente mencionados, pero también se realizó una clasificación más sencilla en dos grupos: un grupo sin atracones ($BES \leq 17$) y otro grupo que sí presenta atracones, tanto de forma moderada como severa ($BES > 17$). Esta clasificación reducida se empleó para una síntesis más sencilla de todos los resultados del objetivo a cubrir.

En segundo lugar, para cubrir el segundo objetivo, se realizó una encuesta de elaboración propia para analizar el conocimiento general de los trastornos de la conducta alimentaria en la muestra (ver Anexo II). Finalmente constó de 8 preguntas, algunas de respuesta única y otras de respuesta múltiple.

Ambas encuestas se trasladaron a formato de Formularios de Google para facilitar su alcance a más personas y, en todo momento, se mantuvo el anonimato de los participantes.

Tras la recopilación de todas las encuestas, se recogieron todos los datos en un archivo de Excel versión 16.65 para Mac, para después realizar su análisis estadístico y la interpretación de los resultados.

2. 5. Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el programa GNU PSPP versión 1.4.1. Para la comprobación de la normalidad de la muestra se realizó la prueba K-S (Kolmogorov-Smirnov) de una muestra. Para aceptar la normalidad de la distribución el valor de p al realizar la prueba debe ser mayor que 0.05, ya que fue el valor de significación establecido. El resultado de la prueba fue $p=0.000$, por lo que se rechazó la hipótesis de normalidad.

Para el estudio de los datos recogidos en función de la edad de los participantes, ya que era una de las variables a estudiar, se definieron cuatro rangos de edad. El primer rango de edad, que comprende las edades entre los 13 y los 18 años representa a los alumnos encuestados del IES Profesor Ángel Ysern. El resto de grupos se definieron en base a la prueba Chi-cuadrado (X^2), que se empleó para establecer grupos de edad que presentaran una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con el grado de severidad de las conductas de atracón. De esta forma los grupos de edad se establecieron de manera no aleatoria y presentando una relación significativa con las conductas de atracón.

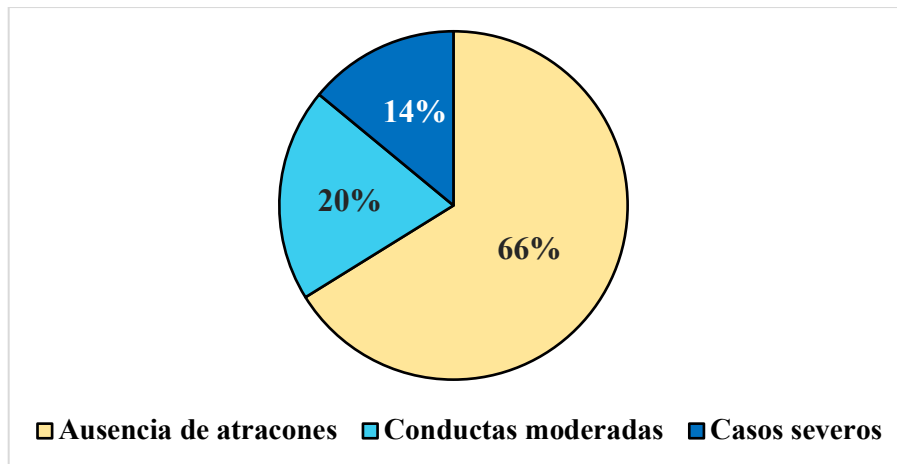
Una vez establecidos los rangos de edad y realizada la prueba de normalidad, se realizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- **Chi-cuadrado o Ji-cuadrado (X^2):** prueba perteneciente a la estadística descriptiva que permite determinar si existe una asociación estadística significativa entre dos variables cualitativas.
- **U de Man-Whitney:** prueba no paramétrica equivalente a la paramétrica t-student. Es una prueba aplicada a variables continuas que no presentan una distribución normal o en el caso de tener una muestra muy pequeña. Permite comparar las medias de dos poblaciones.
- **H de Kruskal-Wallis:** prueba no paramétrica equivalente a la paramétrica ANOVA. Se trata de una extensión de la U de Mann-Whitney, ya que se emplea para comparar tres grupos o más.
- **Correlación de Spearman (R_{h0}):** al igual que el coeficiente de correlación de Pearson, se trata de un coeficiente que estima la dependencia (o independencia) entre dos variables continuas, con la diferencia de que una de ellas o ambas no presentan una distribución normal.

3. RESULTADOS

OBJETIVO N.º 1: Determinar la presencia y gravedad de las conductas de atracón en la población de la Comunidad de Madrid y estudiar los resultados en función de grupos de edad, sexo e IMC.

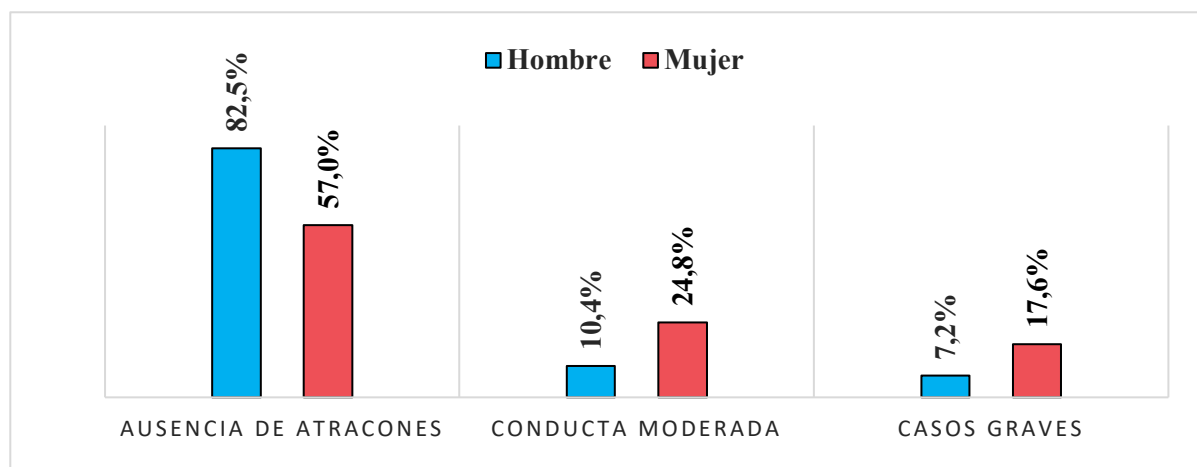
Respecto a la totalidad de la muestra, los tres niveles de severidad acerca de las conductas de atracón se distribuyen de la siguiente manera:



Gráfica 1. Severidad de las conductas de atracón en la muestra de estudio (Comunidad de Madrid, 2022).

Más de la mitad de la muestra, exactamente un 66,1%, no presentan conductas de atracón. El resto de la muestra que sí presenta atracones se divide en las dos categorías restantes: un 19,8% presenta atracones de forma moderada, mientras que el 14% del total de la muestra representa el grupo de casos severos, es decir, posibles casos de TA. Por lo tanto, un 34% de la muestra estudiada, que engloba a 123 personas, presenta problemas de atracón.

Según el sexo, se ha obtenido la siguiente gráfica de los tres posibles grados de severidad en las conductas de atracón:



Gráfica 2. Severidad de las conductas de atracón según el sexo.

Poco más de la mitad de las mujeres (57%) presentan una conducta alimentaria libre de atracones, ya que puntuaron 17 puntos o menos en la BES. El resto de mujeres, es decir, el 42%, sí presentan atracones: el 25% de manera moderada y el 18% de manera grave. Este último porcentaje engloba a mujeres con una puntuación correspondiente al TA (BES $\geq$ 27).

Los hombres, por su parte, reflejan una menor frecuencia de conductas de atracón. El 83% no experimentan estos episodios, frente a un 10% y 7% que sí los presentan de manera moderada y severa, respectivamente. Es decir, sólo un 17% de los hombres llevan a cabo conductas de atracón.

Tanto en las conductas moderadas como en las graves de atracón, las mujeres duplican a los hombres en número de casos. Además, se ha hallado una relación estadísticamente significativa entre el grado de severidad de los atracones y el sexo ($X^2 = 22.57$, g. l.=2, $p=0.000$).

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIÓN (BES) ENTRE AMBOS SEXOS

Sexo	N	Media $\pm$ Desviación típica	Sig.
Hombres	125	11,31 $\pm$ 8,15	p=0.000
Mujeres	238	16,66 $\pm$ 9,65	
TOTAL	363	14,82 $\pm$ 9,50	

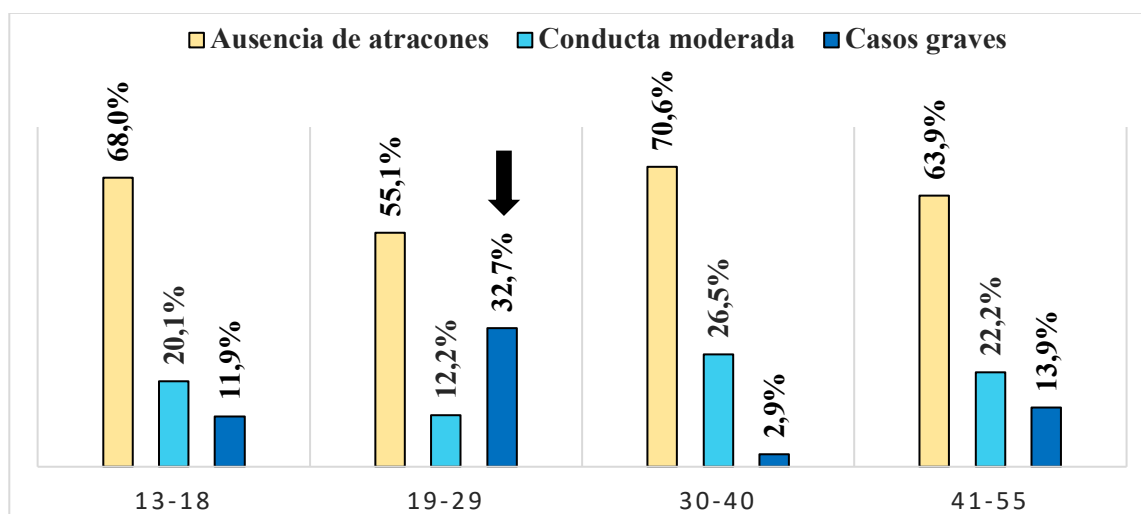
Tabla 2. Comparación de medias de la puntuación total en la BES según el sexo.

Al realizar la U de Mann-Whitney, se obtiene un p valor de 0.000, por lo que se rechaza la hipótesis nula de que las medias son iguales. Es decir, hay una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los hombres y de las mujeres.

La media de la puntuación total de la muestra es aproximadamente de 15 puntos, por lo que, de media, la muestra no presenta conductas de atracón. Sin embargo, la desviación típica es de 9,50 y la varianza es de 90,25; por lo que la media total no es del todo representativa, ya que la muestra presenta determinada dispersión respecto a la puntuación total media.

La media más alta fue la de las mujeres, de aproximadamente 17 puntos, frente a 11 puntos de media de los hombres. Por tanto, la diferencia aproximada de puntuación entre ambos sexos es de 5 puntos. Sin embargo, ninguno de los dos sexos alcanza una media que determine la presencia de atracones.

Respecto a los rangos de edad, se ha recopilado la siguiente gráfica:



Gráfica 3. Severidad de las conductas de atracón según el rango de edad.

Dentro del grupo de adolescentes (13 a 18 años), un 68% no presentan atracones, frente a un 20,1% que sí los presentan de forma moderada. El 11,9% de esta categoría sumó una puntuación mayor que 27,

por lo que este porcentaje de adolescentes presenta un problema severo de atracones y una elevada posibilidad de padecer TA.

Entre las personas del segundo grupo (19 a 29 años), un 55,1% no experimentan atracones, mientras que el 12,2% lo hacen de forma moderada. Por su parte, un 32,7% presenta una conducta severa de atracones.

Por otro lado, dentro del primer grupo de adultos (30 a 40 años) la mayoría no presenta atracones, concretamente un 70,6%. En cambio, un 26,5% los presenta moderadamente y el resto, el 2,9%, los presenta de forma grave.

Por último, dentro del segundo grupo de adultos (41 a 55 años), el 63,9% no presenta atracones, pero el 22,2% y el 13,9% los presentan de manera moderada y de manera severa, respectivamente.

Se realizó la prueba de Chi-cuadrado y se halló una relación estadísticamente significativa entre ambas variables estudiadas, por lo que el rango de edad y el grado de severidad de los atracones presentan una relación estadística de dependencia ($X^2=19.32$, g. l.=6, $p=0.004$).

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIÓN (BES) ENTRE GRUPOS DE EDAD

Rango de edad	N	Media $\pm$ Desviación típica	Sig.
13-18	244	14,07 $\pm$ 9,34	p=0.030
19-29	49	19,29 $\pm$ 11,42	
30-40	34	13,47 $\pm$ 6,03	
41-55	36	15,08 $\pm$ 8,98	
TOTAL	363	14,82 $\pm$ 9,50	

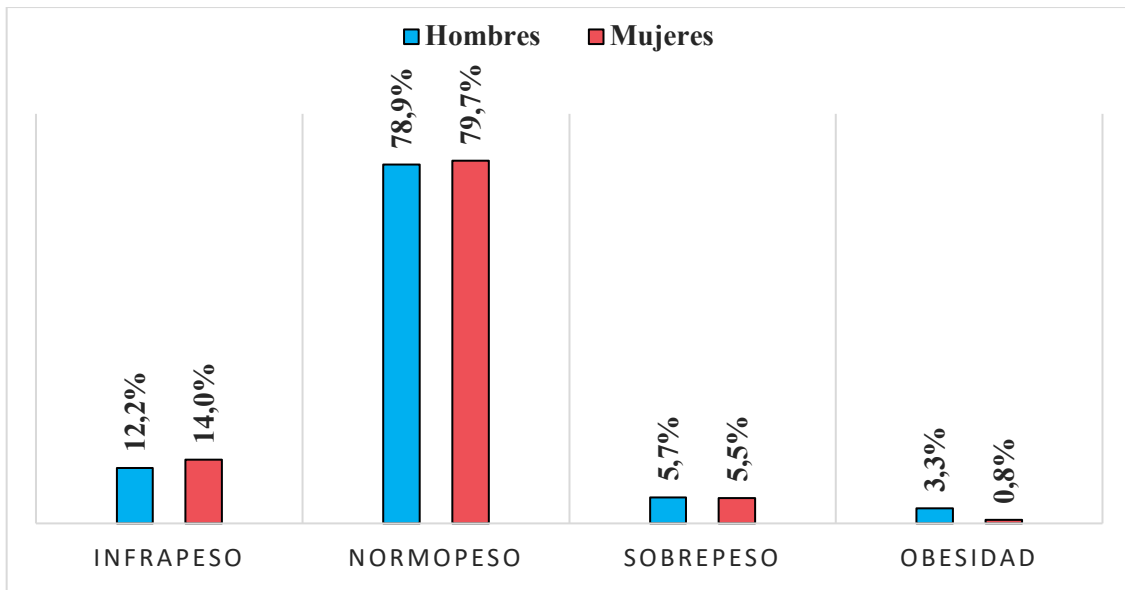
Tabla 3. Comparación de medias de la puntuación total en la BES según el grupo de edad.

Al ser el p valor menor que 0.05, se rechaza la hipótesis nula de que las medias entre los grupos sean iguales. Es decir, hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los diversos grupos de edad.

La media más alta se presentó en el segundo grupo, que comprende las edades entre 19 y 29 años. Sin embargo, este grupo es el que mayor dispersión presenta (desviación típica=11,42), por lo que las puntuaciones de este grupo no se encuentran agrupados cerca de la media.

Por otra parte, el grupo que presentó la media más baja fue el grupo de los 30 a 40 años, con una media de 13,47. Además, es la categoría que menor dispersión presenta (desviación típica=6,03).

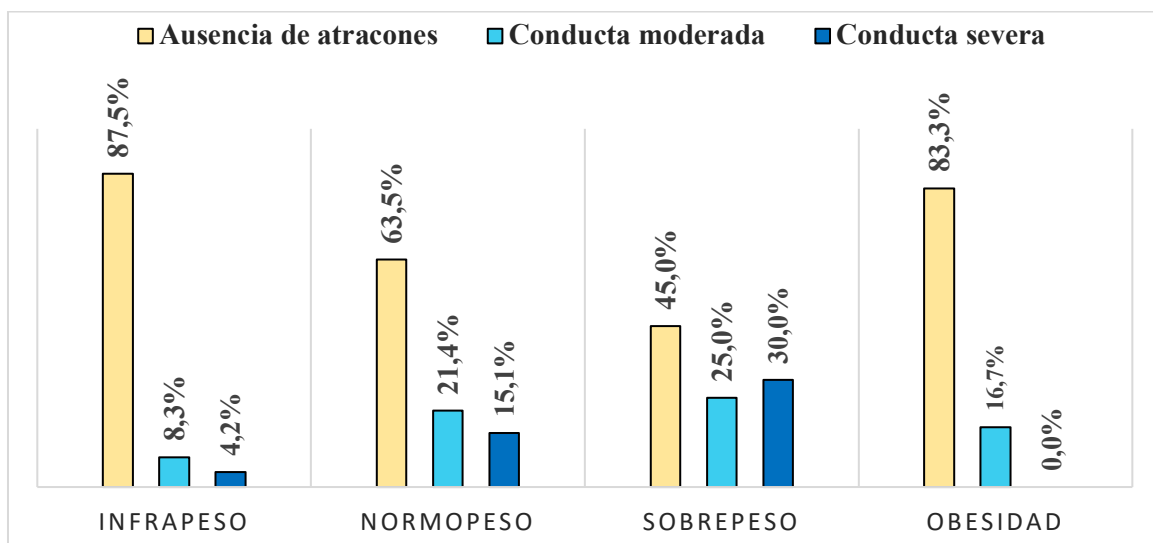
En tercer lugar, se clasificó la muestra en cuatro categorías según su IMC: infrapeso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Estas categorías se recogen en la siguiente tabla y gráfica, según el sexo:



Gráfica 4. Distribución de la muestra según la categoría de IMC y el sexo.

En las cuatro categorías, hombres y mujeres se encuentran muy igualados, por lo que no existen diferencias significativas en las categorías de IMC según el sexo. Como cabe esperar, la categoría con mayor porcentaje de participantes es la de normopeso, que ronda el 80% en ambos sexos.

Una vez realizado el recuento y los porcentajes de los participantes según su categoría de IMC, se estudió la relación de esta variable con las conductas de atracón:



Gráfica 5. Severidad de las conductas de atracón según la categoría de IMC.

Según la gráfica resultante, se puede observar que la categoría que más conductas de atracón presenta es la de sobrepeso, ya que más de la mitad de este grupo (el 55,0%) presentan atracones. Mientras tanto, las categorías de infrapeso y obesidad son las que menos atracones presentan (un 4% y 0% de casos severos, respectivamente). Estas categorías presentan, respectivamente, un 88% y un 83% de casos en los que no se experimentan estas conductas. Por otro lado, la categoría mayoritaria, la de normopeso, presenta un 21% de casos moderados y un 15% de casos severos, mientras que el resto no experimentan atracones.

Además, en las cuatro categorías predominan los casos en los que no se experimentan atracones, por lo que la mayoría de todas las categorías de la muestra presentan una relación adecuada con la comida, independientemente de su IMC. Finalmente, se ha hallado una relación estadística significativa entre las conductas de atracón y la categoría de IMC ($X^2=17.03$, g. l.=6, $p=0.009$).

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE PUNTUACIÓN TOTAL (BES) ENTRE CATEGORÍAS IMC

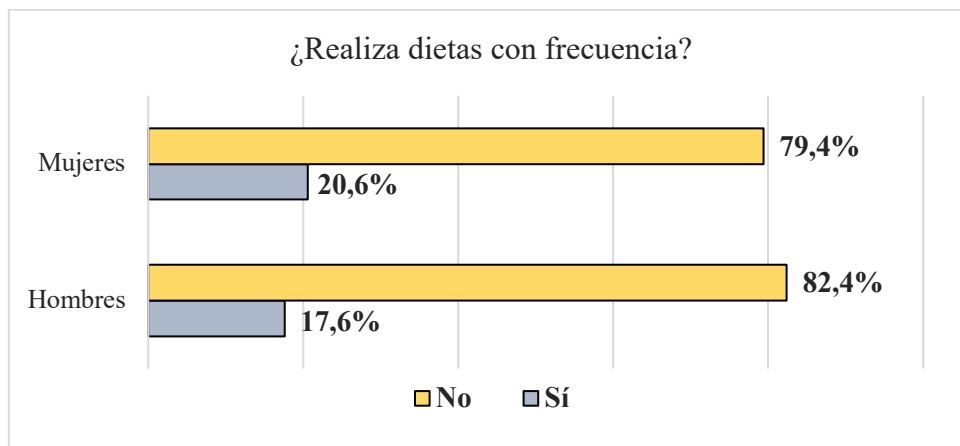
Categoría IMC	N	Media $\pm$ Desviación típica	Sig.
Infrapeso	48	10,0 $\pm$ 7,0	p=0.000
Normopeso	289	15,0 $\pm$ 9,5	
Sobrepeso	20	19,0 $\pm$ 11,0	
Obesidad	6	7,0 $\pm$ 7,0	
TOTAL	363	14,82 $\pm$ 9,5	

Tabla 4. Comparación de medias de la puntuación total en la BES según la categoría de IMC.

Como se puede observar en la tabla, la media más alta se presentó en el grupo de las personas con sobrepeso. Aun así, los datos se encuentran bastante dispersos (desviación típica=11,0), al igual que en el resto de categorías. La media más baja se halla en el grupo de obesidad, el cual presentó una media de 7. Sin embargo, no se trata de una media representativa ni significativa por dos motivos: en primer lugar, los datos se encuentran totalmente dispersos (desviación típica=7,0) y, en segundo lugar, la poca cantidad de personas obesas que constituyen la muestra de estudio.

OBJETIVO N.º 2: Analizar la relación entre las conductas de atracón y hábitos como la realización de ejercicio y dietas.

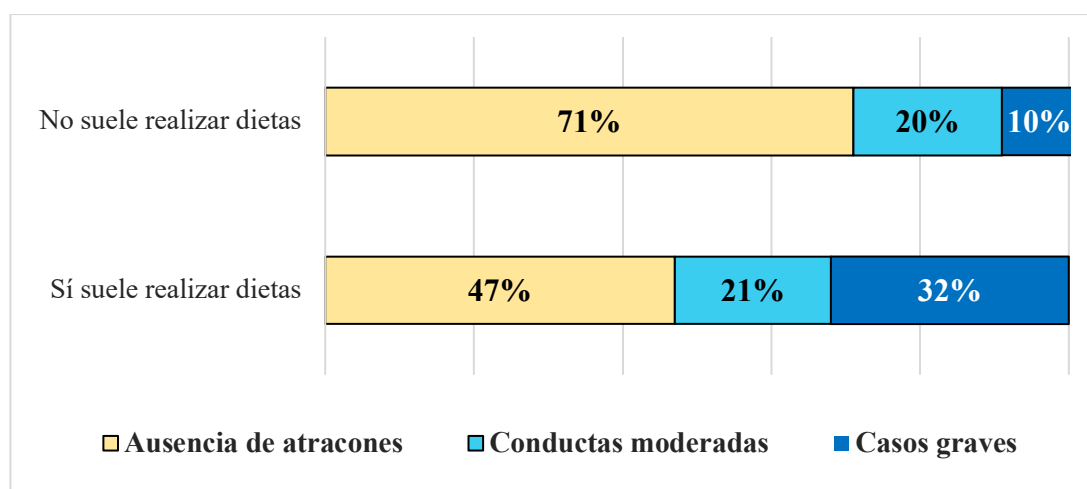
Se han cruzado las variables del sexo y la realización de dietas para conocer los porcentajes de hombres y de mujeres que realizan dietas con frecuencia. Así, se obtuvo la siguiente gráfica:



Gráfica 6. Proporción de personas que realizan dietas frecuentemente según el sexo.

La gráfica refleja que, dentro de nuestra muestra, tanto hombres como mujeres realizan dietas en porcentajes similares. En concreto, realizan dietas el 21% de las mujeres y el 18% de los hombres, por lo que no hay gran diferencia entre ambos sexos. Tampoco se halló una relación estadísticamente significativa ($X^2=0.47$, g. l.=1, $p=0.495$). En resumen, la mayoría de la muestra, concretamente un 80,4%, no realizan dietas, sin mostrar diferencias significativas en cuanto al sexo.

Respecto a la realización de dietas y las conductas de atracón, se han hallado los siguientes resultados:



Gráfica 7. Severidad de las conductas de atracón según la realización frecuente de dietas.

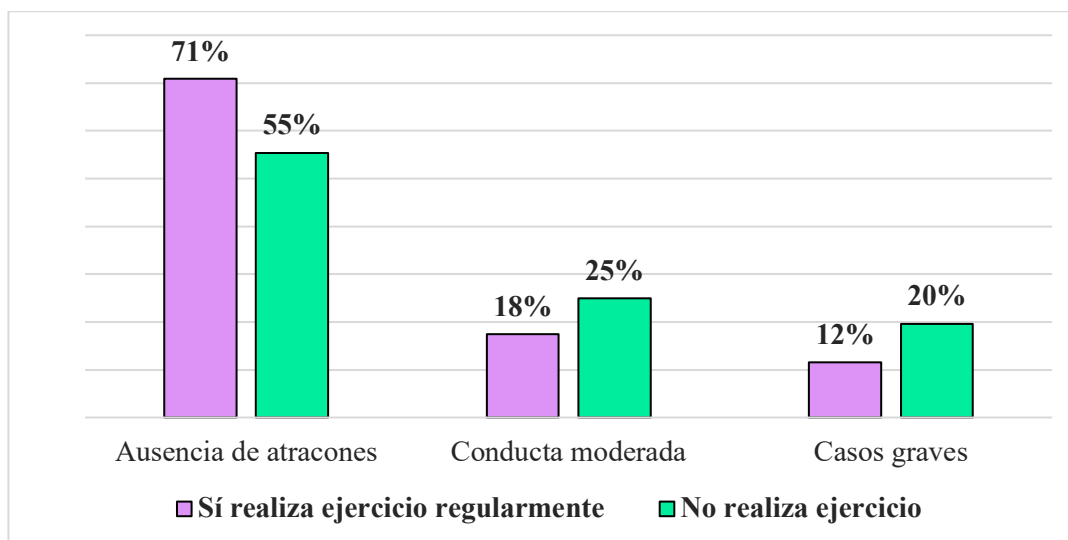
La gráfica refleja que la frecuencia de las conductas de atracón aumenta en el grupo de participantes que suelen realizar dietas de manera habitual a lo largo de su vida. Sobre todo, aumenta el número de casos graves, ya que en el grupo de personas que sí suelen realizar dietas con frecuencia, el porcentaje de personas

que alcanzan el punto de corte para el TA es del 32%, frente a un 10% en aquellas personas que no realizan dietas.

La diferencia entre ambos grupos es significativa, ya que más de la mitad (un 53,5%) del grupo que sí lleva a cabo dietas presenta conductas de atracón. En cambio, en las personas que no las realizan, sólo un 29,1% presentan atracones. Además, se ha hallado una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2=26.36$, g. l.=2, $p=0.000$).

También se hizo una diferenciación entre otros dos grupos según la realización de dietas: el primero estaba formado por personas que, en el momento de realizar la encuesta, estaban sometidos a una dieta, mientras que el segundo grupo no. Los tres posibles casos de conductas de atracón según estos dos grupos siguen el mismo patrón que la gráfica anterior, y también presentan una relación estadísticamente significativa ($X^2=14.70$, g. l.=2, $p=0.001$). Por lo tanto, los resultados de la muestra de estudio reflejan que existe una asociación entre la realización de dietas frecuentes y los atracones.

Por otro lado, respecto a la realización de ejercicio físico frecuente, se han extraído los siguientes resultados:



Gráfica 8. Severidad de las conductas de atracón según la realización de ejercicio frecuente.

La gráfica refleja que las personas que no realizan ejercicio de manera frecuente presentan más atracones que las que sí lo realizan. De las personas que practican ejercicio, aproximadamente un 80% puntúan menos de 17 en la escala de atracones, por lo que mantienen una buena relación con su alimentación en referencia a los atracones. Por su parte, del grupo de personas que no realizan ejercicio, sólo la mitad aproximadamente no experimentan atracones.

Respecto a los casos moderados y graves de las conductas de atracón, se observa que en ambas categorías predomina el grupo de personas que no realizan ejercicio, con un 25% y 19,6%, respectivamente.

Estadísticamente, estas dos variables presentan una dependencia significativa ($X^2=8,62$, g. l.=2, $p=0.013$), por lo que ambos se encuentran relacionados.

Los resultados obtenidos para los objetivos 1 y 2 se pueden observar en la siguiente tabla resumen:

VARIABLE		BES $\leq$ 17	BES $>$ 17	TOTAL	p	X ²
SEXO	Mujeres	82,4% (103)	17,6% (22)	34,4% (125)	0.000	22,57
	Hombres	57,6% (137)	42,4% (101)	65,6% (238)		
EDAD	13-18	68,0% (166)	32,0% (78)	67,2% (244)	0.004	19,32
	19-29	55,1% (27)	44,9% (22)	13,5% (49)		
	30-40	70,6% (24)	28,5% (10)	9,4% (34)		
	41-55	63,9% (23)	36,1% (13)	9,9% (36)		
IMC	Infrapeso	87,5% (42)	12,5% (6)	13,2% (48)	0.009	17,03
	Normopeso	63,7% (184)	36,3% (105)	79,6% (289)		
	Sobrepeso	45,0% (9)	55,0% (11)	5,5% (20)		
	Obesidad	83,3% (5)	16,7% (1)	1,7% (6)		
EJERCICIO	Sí	70,9% (178)	29,1% (73)	69,1% (251)	0.013	8,62
	No	55,4% (62)	44,6% (50)	30,9% (112)		
DIETAS	Sí	46,5% (33)	53,5% (38)	19,6% (71)	0.000	26,36
	No	70,9% (207)	29,1% (85)	80,4% (292)		

Tabla 5. Resumen de los resultados correspondientes a los objetivos 1 y 2.

OBJETIVO N.º 3: Estudiar el nivel de conocimiento general sobre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por atracón en específico.

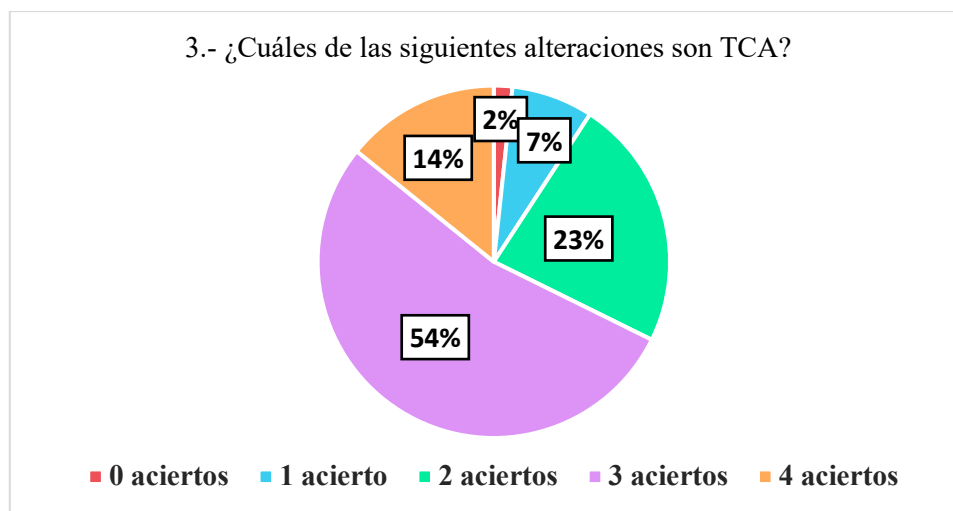
Para cubrir este objetivo, se empleó un cuestionario de elaboración propia que constó de 8 preguntas (anexo II). A continuación, se recogen los resultados de las preguntas más relevantes de dicho cuestionario.

Pregunta 2. Con esta pregunta se estudió el porcentaje de personas de la muestra que conocen a alguien que padezca un TCA, sin especificar el tipo. Más de la mitad de los participantes, exactamente un 56,7%, dicen que conocen al menos a una persona que padece un TCA.

Estos resultados se cruzaron con los resultados de la pregunta 7 («¿Conoce a alguien a quien le hayan diagnosticado trastorno por atracón?»), y se obtuvo que de todas las personas que conocen a alguien con un TCA, sólo en un 13,6% de los casos se trata de TA en específico. Por lo tanto, en el 86,6% restante de personas que tienen algún conocido con TCA, se trata de otros trastornos, como pueden ser la AN o la BN.

Pregunta 3. En esta pregunta se pidió a los encuestados que seleccionaran cuatro respuestas de las diez opciones que se ofrecían. Cuatro opciones eran las respuestas correctas a la pregunta: c) Trastorno por atracón, e) Bulimia nerviosa, g) Anorexia nerviosa e i) Ortorexia.

Para el análisis de los resultados acerca de esta pregunta, las respuestas se han estudiado en función del número de aciertos, por tanto:

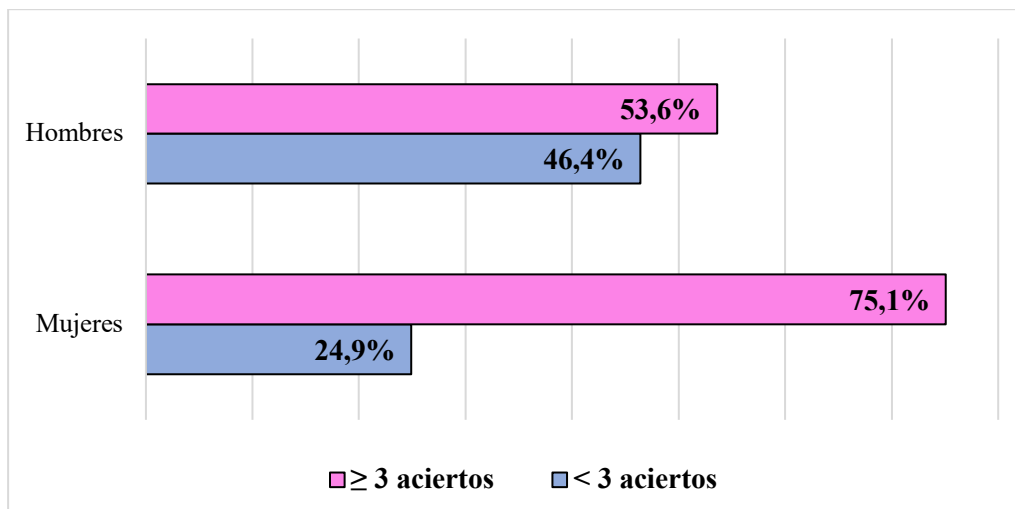


Gráfica 9. Número de aciertos en la pregunta 3.

Un 53,5% de participantes respondieron con tres opciones correctas, seguido de un 23,1% que tuvieron sólo dos aciertos. Un 7,5% tuvo tan sólo un acierto, seguido de un 1,7% que no acertó en ninguna opción. Tan sólo el 14,2% de la muestra contestó correctamente a la pregunta, es decir, con cuatro aciertos.

Para analizar esta pregunta en función del sexo y de la edad, se han clasificado las respuestas en dos grupos. El primero, que corresponde a un conocimiento óptimo sobre los TCA, engloba aquellas respuestas que hayan tenido 3 aciertos o más. Mientras tanto, el segundo grupo está constituido por las respuestas que hayan tenido menos de 3 aciertos.

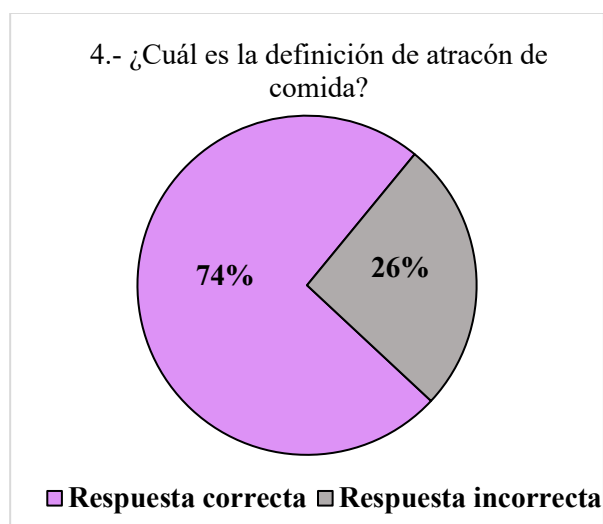
Los resultados obtenidos respecto al sexo se recogen en la siguiente gráfica:



Gráfica 10. Número de aciertos en la pregunta 3 según el sexo.

Esta gráfica refleja que, con una diferencia bastante significativa, las mujeres han tenido mejores resultados que los hombres en esta pregunta. El 75% de las mujeres han respondido adecuadamente, es decir, han alcanzado los 3 aciertos, frente al 53,6% de los hombres. La categoría no adecuada, es decir, el grupo de personas que no han alcanzado los tres aciertos, está liderada por los hombres, con un 46%.

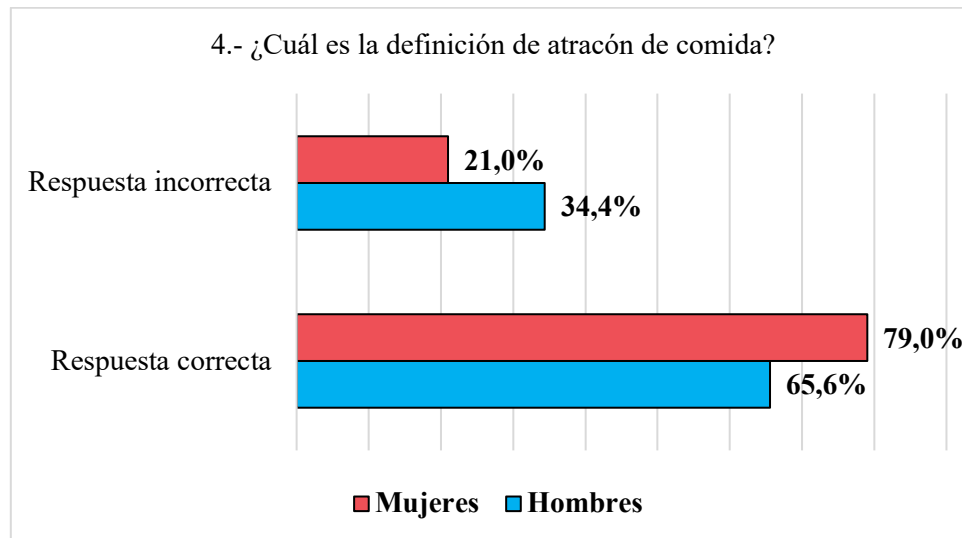
Pregunta 4. En la cuarta pregunta sobre el conocimiento se preguntó sobre la definición del concepto «atracción de comida». Se ofrecieron cuatro posibles respuestas: a) Un periodo de tiempo en el cual la persona no puede dejar de comer, b) Un periodo de tiempo en el cual la persona ingiere una cantidad más grande de lo normal mientras experimenta una sensación de pérdida de control sobre la comida, c) Un periodo de tiempo en el cual la persona no quiere dejar de comer por placer y d) Un episodio ocasional en el que la persona tiene un hambre excesiva y come hasta saciarse. La respuesta correcta para dicha definición es la opción b, quedando los siguientes resultados:



Gráfica 11. Fallos y aciertos de la pregunta 4.

270 personas, que representan el 74% de la muestra, respondieron correctamente, es decir, marcaron la opción B. Dentro del 26% que respondieron con las opciones equivocadas, se observa que las tres respuestas incorrectas se distribuyen equitativamente, aunque predomina la opción C con un 9,1% frente a un 8% y un 8,5% de las respuestas A y D, respectivamente.

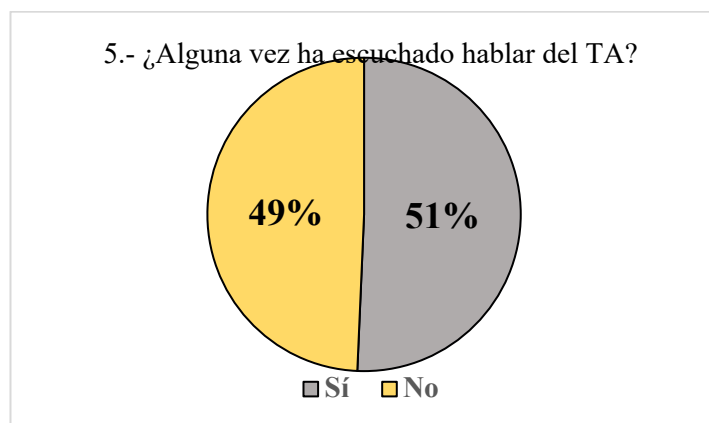
Estos resultados, según el sexo, se distribuyen de la siguiente manera:



Gráfica 12. Fallos y aciertos de la pregunta 4 según el sexo.

Los resultados obtenidos muestran que las mujeres acertaron más que los hombres. El porcentaje de mujeres que acertaron fue del 79%, frente a un 66% de hombres que acertaron. Además, existe una relación estadísticamente significativa para estos resultados ($X^2=12.39$, g. l.=3, $p=0.006$).

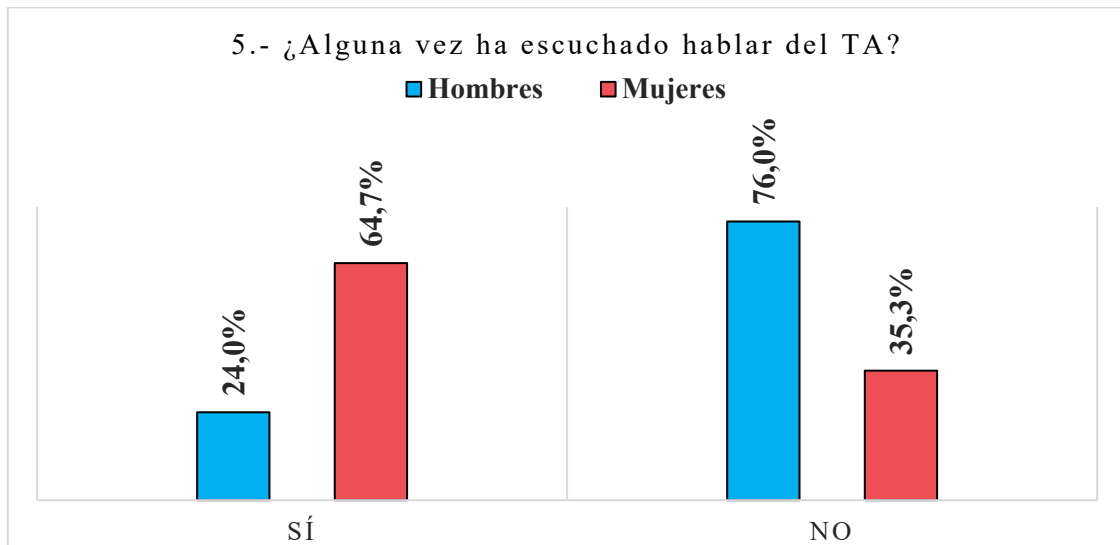
Pregunta 5. Con esta pregunta se recopiló la cantidad de personas de la muestra que alguna vez han oído hablar del TA, frente a aquellas personas que no conocen este trastorno. Estos resultados se reflejan en la gráfica siguiente:



Gráfica 13. Recuento de las personas que han oído hablar alguna vez del TA.

Respecto a esta pregunta, se observa que la muestra se divide aproximadamente por la mitad, ya que un 51% dice haber oído hablar del TA alguna vez. El recuento de respuestas a esta pregunta recoge

que 184 personas sí han oído hablar del TA, frente a 179 que nunca han oído nada sobre dicho trastorno. Por lo tanto, se observa que casi la mitad de la muestra no conocía este trastorno al realizar el cuestionario. Respecto al sexo, se ha extraído la siguiente gráfica:

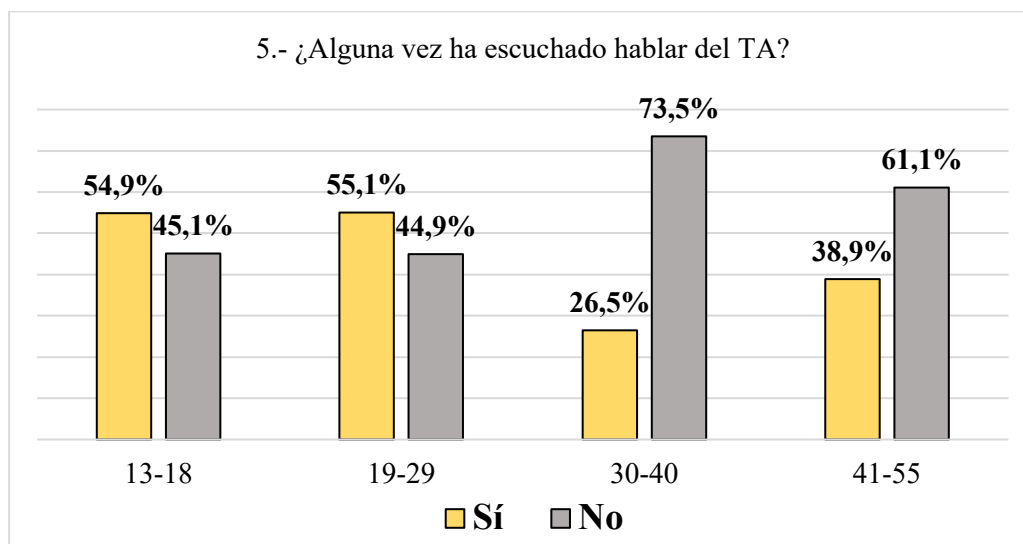


Gráfica 14. Distribución de personas que sí han oído hablar del TA alguna vez, según el sexo.

Al comparar las respuestas de ambos sexos, se observa una gran diferencia entre hombres y mujeres, la cual, además, es estadísticamente significativa ($X^2=54,33$, g. l.=1, $p=0.000$).

En el caso de las mujeres, un 65% sí conocía la existencia del TA. Sin embargo, tan sólo un 24% de los hombres había oído hablar del trastorno.

Respecto a los diferentes grupos de edad, se observa lo siguiente:



Gráfica 15. Distribución de personas que sí han oído hablar del TA alguna vez, según la edad.

Tal y como se observa en la gráfica, los grupos de edad en los que más personas conocen la existencia del TA, son los dos primeros grupos: los adolescentes y los adultos jóvenes (rangos de 13 a 18

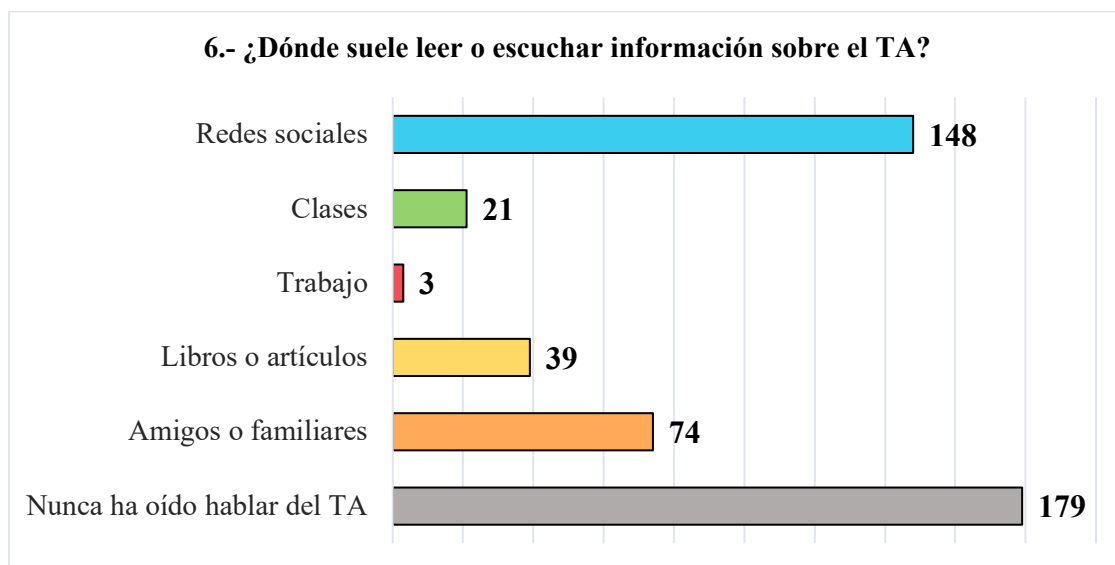
y de 19 a 20, respectivamente). Ambos presentan los mismos porcentajes: alrededor de un 55% de los dos grupos dicen haber escuchado hablar alguna vez del TA, presentando una diferencia significativa respecto a los porcentajes de los dos últimos grupos de edad. Además, se confirmó una relación estadísticamente significativa entre ambas variables estudiadas ($X^2=12.11$, g. 1.=3, $p=0.007$).

Por el contrario, el grupo que comprende a adultos desde los 30 hasta los 40 años, es el que menos porcentaje presenta respecto a las personas que han oído hablar del trastorno. Como indica la gráfica, sólo un 27% de este rango de edad ha oído hablar del TA.

En el medio se encuentra el último grupo de edad, que comprende las edades de los 41 hasta los 55 años. El 39% de ellos conocen la existencia del TA, frente al 61% que marcó la respuesta «no».

Por lo tanto, existe una importante diferencia entre las personas jóvenes y adultas respecto al conocimiento de la existencia del TA. Probablemente esto se debe a que los dos primeros grupos mencionados son los que más uso hacen de las redes sociales, las cuales han resultado ser la principal fuente de información sobre el TA en la muestra estudiada (gráfica 23). Sin embargo, esto sólo puede ser confirmado con un estudio posterior realizado en mayor profundidad.

Pregunta 6. En esta pregunta, se dieron a elegir 6 opciones acerca de cuáles son las fuentes de las que el encuestado recibe información sobre el TA. El número de respuestas a elegir era libre, por lo que se realizó un recuento de cada una de las respuestas:



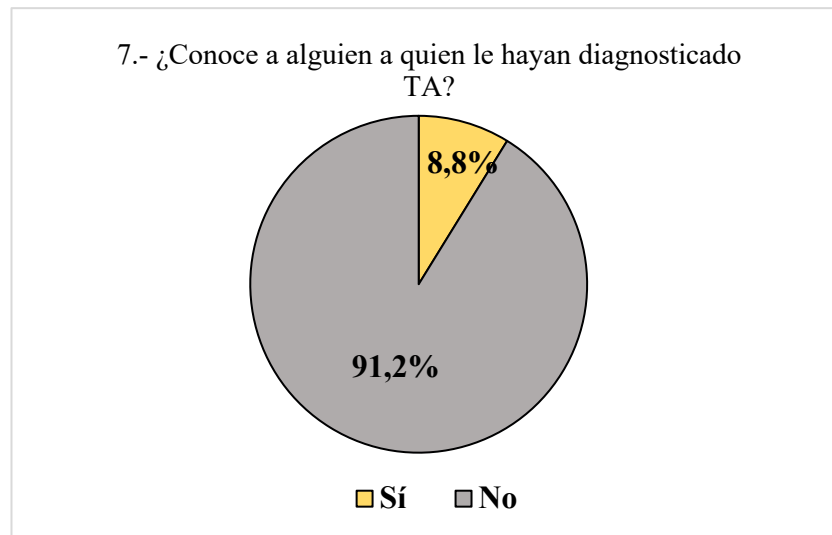
Gráfica 16. Recuento de las fuentes más empleadas para obtener información del TA.

La respuesta que más ha sido marcada fue «nunca he oído hablar del TA». Casi la mitad de la muestra, exactamente 179 personas, dicen no haber escuchado hablar sobre el TA, por lo que no son conscientes de su existencia. El resultado es el esperado, ya que se corresponde con las personas que marcaron la opción «no» en la pregunta 5 («¿Ha oído hablar alguna vez del trastorno por atracón?»).

Por otro lado, respecto a las personas que sí conocían el TA, se observa que la fuente de la que más información reciben son las redes sociales, ya que 148 personas marcaron esta opción. En segundo lugar, se encuentra la opción «amigos o familiares», marcada por 74 personas. En tercer lugar, 39 personas afirmaron que recibían información del TA mediante libros o artículos, seguido de 21 personas que recibían

información en las clases. Por último, la opción menos elegida fue la de «trabajo», únicamente marcada por 3 personas en toda la muestra.

Pregunta 7. En la séptima pregunta, se les preguntó a los participantes si conocían a al menos una persona con el diagnóstico de TA. Resultó que la gran mayoría de la muestra no conoce a nadie con dicho trastorno:



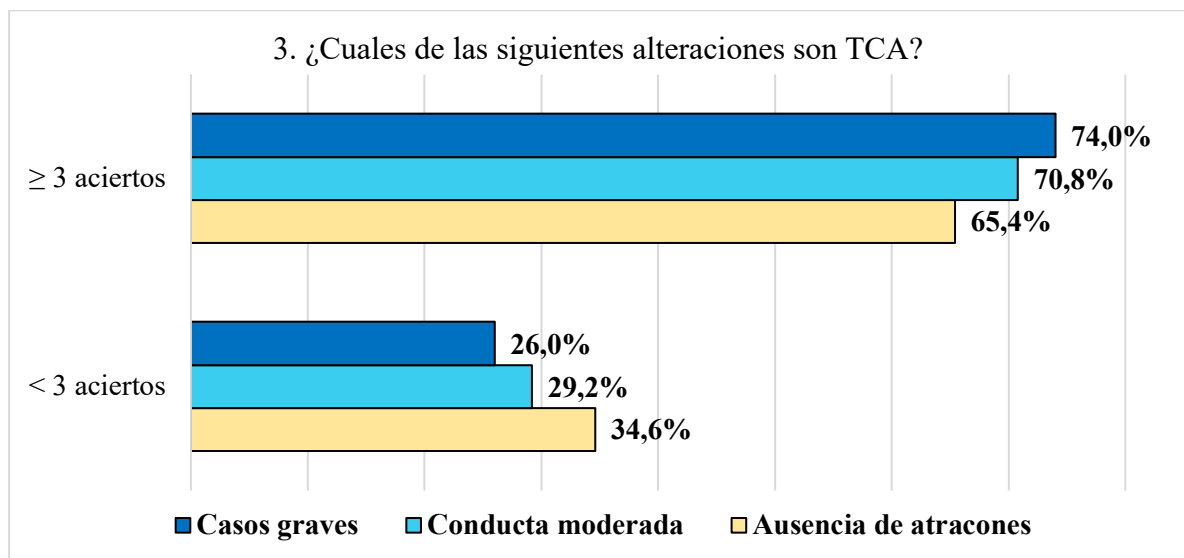
Gráfica 17. Recuento de personas que conocen a alguien que padezca TA.

Tan sólo un 8,8% de la muestra conoce a alguien con el diagnóstico oficial de TA, es decir, únicamente 32 personas de la muestra de estudio.

OBJETIVO N.º 4: Establecer una posible correlación entre las conductas de atracón y el nivel de conocimiento de los problemas de alimentación.

Para este último objetivo, se cruzó el grado de severidad de los participantes con varios resultados del segundo cuestionario.

En primer lugar, según el grado de severidad y el número de aciertos que obtuvieron los participantes en la pregunta 3, se obtuvo la siguiente gráfica:

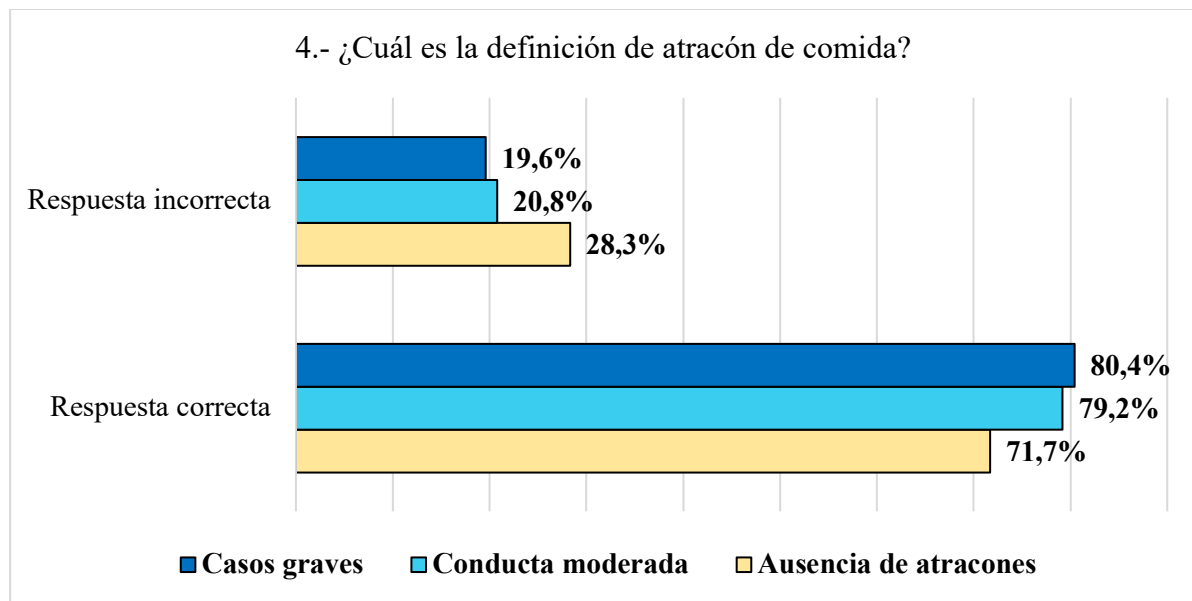


Gráfica 18. Número de aciertos según el grado de severidad de las conductas de atracón.

Como se observa en la gráfica, los participantes de la muestra que mejor respondieron fueron aquellos que más gravedad presentaron respecto a los atracones. De este grupo, un 74% demostró tener un conocimiento óptimo respecto a la identificación de los distintos TCA (3 o 4 aciertos). En segundo lugar, en las personas con conductas moderadas de atracón, se trató del 70,8%, y de las personas que no presentaron atracones, un 65,4%. Sin embargo, no se halló una relación estadísticamente significativa ($X^2=1.80$, g. l.=2, $p=0,406$).

El coeficiente de correlación de Spearman que se halló entre la puntuación total y el número de aciertos en la pregunta 3 indica que hay una ligera tendencia a que, al aumentar la severidad de las conductas de atracón, aumenta el nivel de conocimiento relativo a la identificación de los distintos TCA ($r=0.19$). Además, el valor de la covarianza también indica una relación directa entre ambas variables, por muy pequeño que sea el coeficiente de correlación (cov. =1.644).

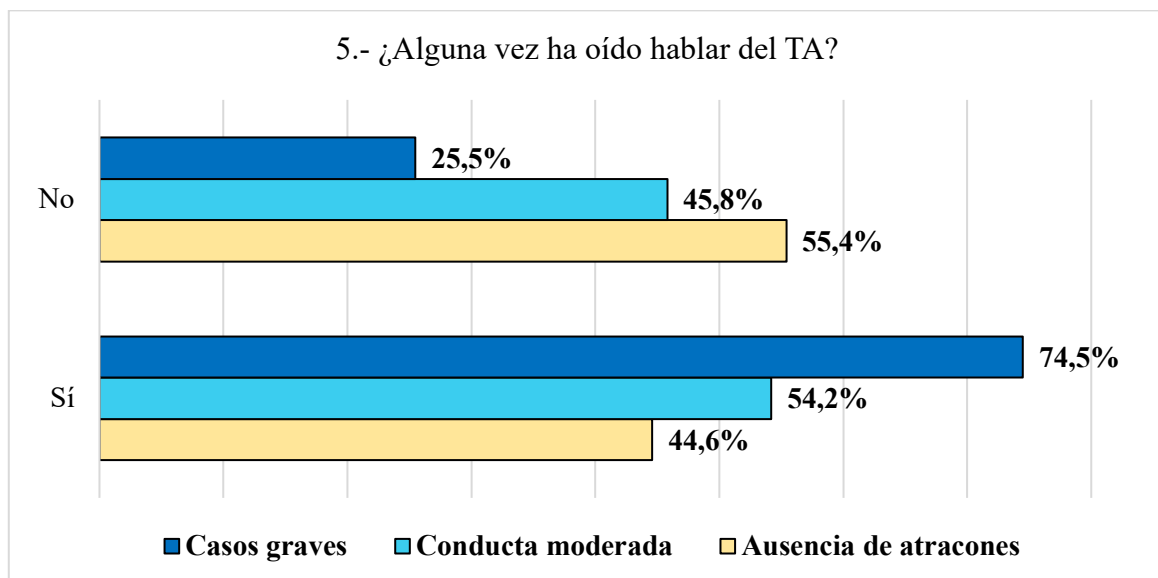
Por otra parte, las respuestas a la pregunta 4 según la severidad de los atracones se distribuyeron de la siguiente manera:



Gráfica 19. Distribución de fallos y aciertos en la pregunta 4 según la severidad de los atracones.

Esta gráfica, al igual que la anterior, refleja que el grupo de participantes que más aciertos ha alcanzado es el que lleva a cabo las conductas de atracón más severas, con un porcentaje del 80,4%. Le sigue el grupo de participantes con conductas moderadas, de las cuales el 79,2% acertaron. Por último, de las personas que no experimentan estos episodios, el 71,7% acertó esta pregunta. Los porcentajes de los tres grupos no presentan grandes diferencias, además de que no se halló ninguna relación estadísticamente significativa ($X^2=10.21$, g. l.=6, $p=0,116$).

Respecto a la pregunta 5, la distribución de respuestas fue la siguiente:

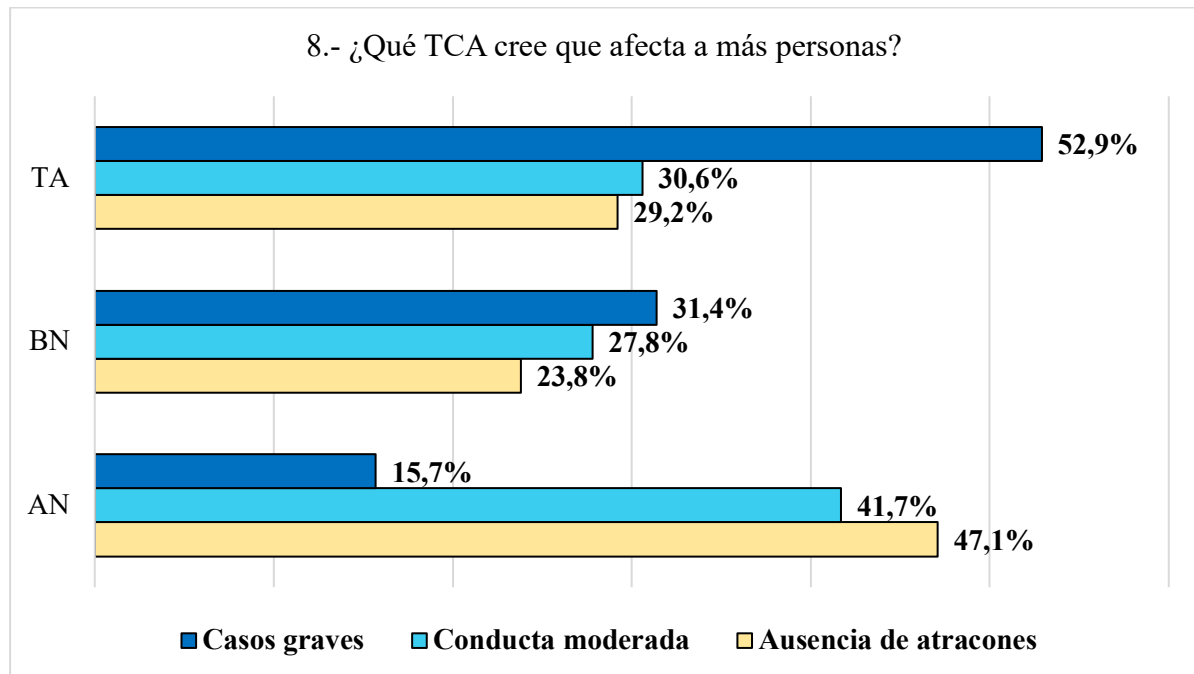


Gráfica 20. Distribución de las personas que han oído hablar alguna vez del TA según la severidad de las conductas de atracón.

Como indica la gráfica, el grupo constituido por más personas que sí han escuchado hablar del TA es el grupo que experimenta conductas graves de atracones, con un 74,5%. A este grupo le siguen las personas con conductas moderadas, de las cuales un 54,2% marcaron «sí» a la pregunta. Por último, de las

personas que no presentan problemas de atracones, sólo el 44,6% saben de la existencia de este trastorno. Estos resultados presentan una relación estadísticamente significativa ($X^2=15.51$, g. l.=2, $p=0.000$).

Por último, las respuestas a la pregunta 8 según los distintos grupos de severidad se distribuyeron de la siguiente manera:



Gráfica 21. Distribución de las respuestas a la pregunta 8 según el grado de severidad de las conductas de atracón.

Las personas que presentan conductas graves de atracón, optaron más por la respuesta «trastorno por atracón», seleccionada por un 52,9% de este grupo. El 31,4% y el 15,7% de las personas con conductas severas piensan que la BN y la AN son los trastornos alimentarios más prevalentes, respectivamente.

En segundo lugar, la respuesta más seleccionada por las personas con conductas moderadas fue la de «anorexia nerviosa», elegida por el 41,7% de este grupo. La segunda respuesta más seleccionada fue la de «trastorno por atracón», elegida por el 27,8% de estas personas. El resto, que forma el 27,8% de esta categoría indicaron que piensan que la BN es el TCA más común entre la población.

Por último, y al igual que el grupo anterior, el grupo de personas que no experimentan atracones optaron más por la respuesta «anorexia nerviosa», siendo esta seleccionada por el 47,1%. El 23,8% y el 29,2%, marcaron la BN y el TA, respectivamente.

Los datos obtenidos también presentaron una relación significativa, atendiendo a los resultados estadísticos ($X^2=18.47$, g. l.=4, $p=0.001$).

4. CONCLUSIONES

Tras el análisis de las encuestas y en base a los resultados obtenidos, se han extraído una serie de conclusiones para cada uno de los objetivos del estudio:

En relación al primer objetivo, como cabía esperar, más de la mitad de la muestra presentan una buena relación con la comida respecto a los problemas de atracón, es decir, no presentan estos episodios. Aun así, un porcentaje significativo (33,8%) sí presenta atracones. En la muestra, se ha hallado un 14% de casos de sintomatología severa respecto a las conductas de atracón, es decir, posibles casos de TA según los criterios de la BES.

Respecto al sexo, la presencia del TA es significativamente mayor en mujeres que en hombres, ya que estas conductas aparecen con más del doble de incidencia en mujeres que en hombres (un 42,4% y 17,6%, respectivamente). Además, las medias de puntuación total de la BES de hombres y mujeres presentaron diferencias significativas, siendo la media de las mujeres la más alta, con 16 puntos, frente a 11 puntos en los hombres.

Por otra parte, los resultados obtenidos muestran que los adultos jóvenes (de 19 a 29 años) presentan una mayor incidencia de conductas de atracón y posible TA respecto al resto de grupos de edad. El grupo con menor presencia de estas conductas fue el grupo de 30 a 40 años, con un 29,4% de casos con atracones, y casi todos de manera moderada. Respecto a los adolescentes (de 13 a 18 años) y el grupo de 41 a 55 años, se han hallado conductas de atracón en proporciones similares: un 32% y un 36% respectivamente.

Según el IMC, se observa que el grupo que presenta una mayor incidencia de atracones es el de sobrepeso (55%), hallando una relación significativa entre ambas variables. Esto cobra sentido al ser el aumento de peso una consecuencia de las conductas de atracón. Los resultados para el grupo de obesidad no se consideraron significativos debido a la escasez de participantes que padecen obesidad. Respecto a los participantes con peso normal, un 36% presentan atracones, pero sólo un 15% puntúa para un posible TA. Por último, las personas con infrapeso fueron las que menos incidencia de atracones mostraron, ya que tan sólo un 12% presentó este tipo de conductas.

Para el segundo objetivo y ante los resultados previamente expuestos, se puede concluir que las personas que realizan ejercicio de manera regular presentan menos conductas de atracón que las que no lo realizan, con diferencias significativas. Dicho de otra manera, se concluye que las personas sedentarias presentan un índice mayor de atracones y un mayor riesgo de padecer TA.

En cuanto a las personas que realizan dietas de manera frecuente, se concluye que éstas son las que presentan mayor tendencia a experimentar atracones, ya que más de la mitad de este grupo llevan a cabo estas conductas. Esto confirma las teorías del ciclo restricción-atracón. Las personas que se restringen la dieta, alcanzan un pico de ansiedad que es aliviado mediante el atracón, el cual genera culpa por haber fallado y acaban recurriendo de nuevo a la restricción.

Respecto al tercer objetivo, es decir, en relación al conocimiento de los trastornos alimentarios en general, el 67,7% de la muestra obtuvo una puntuación óptima reconociendo los distintos tipos de TCA. Las mujeres reconocieron los TCA mejor que los hombres, con importantes diferencias. Por su parte, los adolescentes los reconocieron ligeramente peor que el resto de edades, aunque no se halló ninguna relación estadísticamente significativa.

De nuestra muestra sólo la mitad, aproximadamente, ha oído hablar del TA, por lo que la otra mitad no sabe que este trastorno existe. Respecto al conocimiento sobre el TA y los episodios de atracón en específico, las mujeres han mostrado resultados notablemente mejores que los hombres. Por tanto, estas

son más conscientes de la existencia del TA que los hombres y tienen más claro el concepto de atracón, con diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la edad, los grupos con mayor número de personas que han oído hablar del TA son los adolescentes y los adultos jóvenes, con diferencias significativas respecto a los grupos que van de los 30 años en adelante.

Combinando los resultados obtenidos de la BES y el cuestionario sobre el conocimiento de los TCA de elaboración propia, se ha obtenido que un 34% de los encuestados presentan problemas de atracones, y, sin embargo, tan sólo un 9% dice conocer al menos a una persona con TA diagnosticado. Esto lleva a la conclusión de que, efectivamente, el TA y los problemas de atracón afectan realmente a más personas de lo que pensamos.

Por último, en relación al cuarto objetivo, se concluye que hay una ligera tendencia a que, al aumentar la severidad de los atracones, aumenta el nivel de conocimiento sobre los distintos TCA, sobre todo del TA en específico. En las gráficas 20 y 21 se obtuvieron resultados significativos con casi un 100% de fiabilidad, dados los resultados de las pruebas estadísticas. Es decir, las personas que muestran conductas severas de atracón son las que más conscientes son de la existencia del TA y de su alta prevalencia en la población. Por lo tanto, las personas que no presentan atracones no tienen en cuenta la importancia de este problema tanto como las que sí los presentan, existiendo diferencias significativas. Cabe destacar que, aunque existan relaciones significativas estadísticamente, no hay una causalidad entre la variable del conocimiento y la de la severidad de los atracones, ya que el aumento de la primera no implica el aumento de la segunda.

En conclusión, por todo lo anterior, confirmamos nuestra hipótesis:

Las mujeres y las personas jóvenes presentan una incidencia mayor de conductas de atracón y, por ello, conocen mejor la sintomatología asociada al trastorno por atracón, que es muy poco conocida entre la población.

5. BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª ed. Arlington, Estados Unidos.

Borra, C. (2008). *El atracón y sus trastornos: Características psicopatológicas e implicaciones diagnósticas*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universitat de Valencia, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10550/15695>

Escandón-Nagel, N. & Garrido-Rubilar, G. (2020). *Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo*. DOI: <https://doi.org/10.12873/404escandon>

Gómez C., Palma S., Miján de la Torre A., Rodríguez P., Matía P., Loria V., Campos del Portillo R., Virgili M. N., Martínez M. A., Mories, M. T., Castro M. J. & Martín, A. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: bulimia nerviosa, trastorno por atracón y otros. *Nutrición Hospitalaria*, 35 (1), 49-97. doi: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1562>

Guisado, J. A., & Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón "binge eating disorder". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 27-32. Recuperado el 04 de noviembre de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=0211-5735&lng=es&nrm=iso

Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43 (4), 647-660. disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>

Hernández J., Ledón L. (2018). Comentarios sobre aspectos clínicos y epidemiológicos del trastorno por atracón. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29 (2), 1-15. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532018000200009&script=sci_arttext&tlng=en

Ramos, M. J. (2021). Trastorno por atracón: «Es un círculo vicioso. Te vuelves esclavo de la comida». *Periódico de Ibiza y Formentera*. Recuperado de <https://www.periodicodeibiza.es/noticias/baleares/2021/11/15/1318943/trastorno-por-atracon-testimonio-1.html>

Román, M. (2022). Aumentan los casos de trastorno por atracón provocados por la ansiedad. *El periódico de España*. Recuperado de <https://www.epe.es/es/sanidad/20220627/trastornos-salud-alimentacion-ansiedad-13944724>

ANEXO I**RECOGIDA DE DATOS PERSONALES**

1. Edad: _____
2. Sexo: MASCULINO / FEMENINO
3. Indique su peso: _____ kg
4. Indique su estatura: _____ m
5. ¿Realiza ejercicio regularmente? SÍ / NO
6. ¿Suele realizar usted dietas con frecuencia? SÍ / NO
7. ¿Está usted ahora mismo realizando una dieta? SÍ / NO

ESCALA DE ATRACONES

Esta encuesta es una adaptación de la *Binge Eating Scale* (Gormally et al., 1982). Consta de 16 enunciados que deberá leer cuidadosamente. En cada uno de los enunciados, deberá marcar con una “X” la frecuencia o intensidad con la que le ocurre cada situación descrita, respecto a su relación con la comida.

Escala de frecuencias:

0: Nunca 1: A veces 2: Frecuentemente 3: Casi siempre/siempre

	0	1	2	3
1. Como cuando estoy aburrido/a.				
2. Como por “gula”, aunque no sienta hambre física.				
3. Cuando rompo una dieta, acabo comiendo en exceso y sin control.				
4. Cuando acabo mis comidas suelo acabar incómodamente lleno/a.				
5. Soy totalmente incapaz de parar de comer una vez que empiezo.				
6. Soy incapaz de parar de comer a pesar de estar lleno/a, incluso hasta llegar a sentir dolor de estómago debido al exceso de comida.				
7. Cuando estoy con otras personas, como menos cantidad de la que comería si estuviera solo/a, debido a que me avergüenzo de mi forma de comer.				
8. A pesar de realizar mis comidas regulares, sigo comiendo entre horas.				
9. Hay días en los que no puedo dejar de pensar en comer. (15)				

0: Nunca 1: A veces 2: Siempre

	0	1	2
10. Suelo sentir culpa, incluso odio hacia mí mismo/a después de comer demasiado.			
11. No tengo claro cuál es la cantidad “normal” de comida para mí, ni tampoco sé cuándo tengo hambre realmente.			

Escala de intensidad:

0: Nada

1: Un poco

2: Bastante

3: Mucho/demasiado

	0	1	2	3
12. ¿Se siente usted preocupado/a por el peso y tamaño de su cuerpo hasta el punto de sentir algo de disgusto o decepción por sí mismo?				
13. ¿Tiene usted dificultad para comer lentamente, hasta acabar sintiéndose lleno/a tras las comidas?				
14. ¿Tiene usted dificultad para controlar las ganas de comer?				
15. ¿Su ingesta de calorías suele ser irregular en el tiempo? (Es decir, si a lo largo de su vida se han intercalado etapas en las que come muy poco con etapas en las que come de manera excesiva)				
16. ¿Cuánto tiempo dedica usted a estar pensando en temas relacionados con la comida (p. ej.: cuánto come, si debería comer menos cantidad, en su peso y tamaño corporal...)?				

ANEXO II

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL TRASTORNO POR ATRACÓN

Este test sirve para evaluar sus conocimientos sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), un grupo de enfermedades mentales que alteran los hábitos alimenticios de quien lo padece y afecta negativamente a su vida cotidiana. Por favor, responda en orden a las siguientes preguntas con las respuestas que crea correctas, sin consultar Internet y sin preguntar a otras personas.

1. **¿Padece/ha padecido usted algún trastorno de la conducta alimentaria?** SÍ / NO
2. **¿Conoce a alguien que lo padezca?** SÍ / NO
3. **¿Cuáles de las siguientes alteraciones son trastornos de la conducta alimentaria? (Seleccione 4)**
 - a) Obesidad mórbida
 - b) Amenorrea
 - c) Trastorno por atracón
 - d) Diabetes mellitus
 - e) Bulimia nerviosa
 - f) Hipercolesterolemia
 - g) Anorexia nerviosa
 - h) Dismorfia corporal
 - i) Ortorexia
 - j) Trastorno disociativo
4. **Señale la definición que le parezca correcta para el concepto de “atracon de comida” (Seleccione 1)**
 - a) Un periodo de tiempo en el cual la persona no puede dejar de comer.
 - b) Un periodo de tiempo en el cual la persona ingiere una cantidad más grande de lo normal mientras experimenta una sensación de pérdida de control sobre la comida.
 - c) Un periodo de tiempo en el cual la persona no quiere dejar de comer por placer.
 - d) Un episodio ocasional en el que la persona tiene un hambre excesiva y come hasta saciarse.
5. **¿Alguna vez ha escuchado hablar del “trastorno por atracón”?** SÍ / NO
6. **¿Dónde suele leer o escuchar información sobre el trastorno por atracón?**
 - a) Redes sociales
 - b) Clases
 - c) Trabajo
 - d) Libros o artículos
 - e) Amigos o familiares
 - f) Nunca he oído hablar de este trastorno
7. **¿Conoce a alguien al que le hayan diagnosticado trastorno por atracón?** SÍ / NO
8. **¿Qué trastorno de la conducta alimentaria cree usted que afecta a más personas?**
 - a) Anorexia nerviosa
 - b) Bulimia nerviosa
 - c) Trastorno por atracón