



**Universidad  
Europea** MADRID

# **Estimación de la prevalencia del trastorno de atracones y del efecto del estrés en una muestra de deportistas aficionados**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

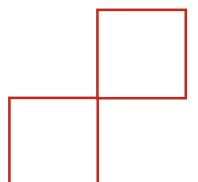
Autor: Álvaro del Blanco Pérez

Tutor: Antonio Ballesta García

15/02/2022

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid  
[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid





## **Resumen**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son más frecuentes en personas deportistas que en los no deportistas, principalmente cuando se trata de bulimia nerviosa o anorexia nerviosa. El objetivo del presente estudio fue analizar si el trastorno de atracones entra dentro de los TCA que son más comunes en gente deportista que en población no deportista, y valorar la influencia del estrés como variable mediadora entre la práctica deportiva y el trastorno de atracones.

Se llevó a cabo un estudio observacional en una muestra de 90 deportista aficionados a los que se les pasó la escala Binge Eating Scale (BES) y el cuestionario EEP10 de estrés percibido con diferentes variables como la práctica deportiva, el estrés y otras variables demográficas. Se realizó un análisis multivariante para analizar las relaciones entre Trastorno de Atracones, deporte y estrés, así como la influencia con variables como el sexo o la edad.

Los resultados obtenidos parecen indicar que el trastorno de atracones no es tan prevalente en gente deportista como puedan ser otros trastornos de la conducta alimentaria. Además, estos resultados no muestran una influencia del estrés en la aparición de estos trastornos en gente deportista.

En consecuencia, se concluye que el Trastorno de atracones no parece tener la misma relación con el deporte, que otros TCA, probablemente debido a que no es un trastorno que no conlleva dicha restricción alimentaria para controlar de esta manera el peso o la composición corporal.

## **Palabras clave**

Actividad física, estrés, trastorno de atracones, trastornos de conducta alimentaria (TCA).

## **Abstract**

Eating disorders (EDs) are more frequent in athletes than in non-athletes, mainly when it comes to bulimia nerviosa or anorexia nerviosa. The objective of this study was to analyze whether binge eating disorder falls within the eating disorders that are more common in athletes than in the non-athletic



population, and to assess the influence of stress as a mediating variable between sports practice and binge eating disorder.

An observational study was carried out in a sample of 90 amateur athletes who were given the Binge Eating Scale (BES) and the EEP10 questionnaire of perceived stress with different variables such as sports practice, stress and other demographic variables. A multivariate analysis was performed to analyze the relationship between binge eating disorder, sport and stress, just as the influence with variables like sex or age.

The results obtained seem to indicate that binge eating disorder is not as prevalent in athletes as other eating disorders may be. Furthermore, these results do not show an influence of stress on the appearance of these disorders in athletes.

Consequently, it is concluded that binge eating disorder does not seem to have the same relationship with sport as other eating disorders, probably because it is not a disorder that involves food restriction to control in this way weight or body composition.

***Keywords***

Binge eating disorder, eating behavior disorder (EBD), physical activity, stress.



## Índice

<b>1.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>6 a 13</b>
1.1.	Trastornos alimentarios y trastorno de atracones.....	6 a 8
1.2.	Trastorno de atracones y actividad física .....	8 a 9
1.3.	Actividad física, estrés y conducta alimentaria.....	9 a 13
1.4.	Objetivos e hipótesis .....	13
<b>2.</b>	<b>Materiales y métodos .....</b>	<b>14 a 19</b>
2.1.	Diseño del estudio .....	14
2.2.	Muestra .....	14 a 15
2.3.	Instrumentos y/o materiales .....	15 a 17
2.3.1.	Cuestionarios.....	15 a 16
2.3.2.	Consentimiento informado .....	17
2.3.3.	Encuesta datos sociodemográficos y actividad física.....	17
2.4.	Procedimiento .....	18
2.5.	Desarrollo del estudio .....	16
2.6.	Diseño del estudio .....	18 a 19
<b>3.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>20 a 27</b>
<b>4.</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>28 a 30</b>
<b>5.</b>	<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>31 a 37</b>
<b>6.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>38 a 48</b>



## Índice de Tablas

1.	Tabla 1. Características de las variables discretas basadas en puntuación en BES en relación con género, edad, nivel de actividad física y nivel de estudios .....	22
2.	Tabla 2. Características de las variables discretas, relación de puntuación en BES con edad, nivel de actividad física y nivel de estudios, agregadas en dos categorías .....	23
3.	Tabla 3. Descripción de variables continuas, puntuación en BES adaptada y relación con edad y nivel de estrés positivo y negativo .....	24
4.	Tabla 4. Modelo de regresión logística incluyendo las variables estudiadas.....	25
5.	Tabla 5. Modelo de regresión logística incluyendo variables estudiadas, agrupadas en dos categorías.....	26
6.	Tabla 6. Modelo de regresión logística incluyendo todas las variables en formato discreto y sin la variable estrés.....	27

## **1. Introducción**

### 1.1 Trastornos alimentarios y trastorno de atracones

En la actualidad uno de los trastornos psicológicos por los que la población acude en mayor medida a profesionales sanitarios, psicólogos, psiquiatras, etc. Son los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Los trastornos alimentarios consisten en conductas alimentarias anormales que afectan negativamente la salud física o mental de una persona (American Psychiatric Association, 2013). Son un problema de salud frecuente en los jóvenes y adolescentes (Kohn & Golden, 2001) y población adulta (Treasure et al., 2022). La prevención, el estudio y la detección de los factores de riesgo asociados son de especial interés para la investigación. Las conductas alimentarias de riesgo, como la restricción alimentaria, el comer compulsivamente, evitar alimentos importantes para la salud, etc. son muy frecuentes. No existe un concepto unificado de las conductas de riesgo. Este término, así como los de síndromes parciales, conductas alimentarias anormales y trastornos subclínicos hacen referencia a todas aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA (Kohn & Golden, 2001; Shisslak et al., 1995). En México se han encontrado porcentajes de hasta un 18% de conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes (Unikel-Santoncini et al., 2004). Las estimaciones de la prevalencia de los trastornos alimentarios varían ampliamente. Algunas de las hipótesis planteadas dan respuesta como posibles factores asociados a la consecuencia de las diferencias de género, edad y cultura, así como las fuentes de datos y los métodos empleados (Shisslak et al., 1995; Treasure et al., 2022). En un meta-análisis la prevalencia de síntomas de trastornos de conducta alimenticia en estudiantes de medicina se estimó en 17,35% (Fekih-Romdhane et al., 2022). En el mundo desarrollado, la anorexia severa afecta aproximadamente al 0,4 % y la bulimia afecta aproximadamente al 1,3 % de las mujeres jóvenes mientras que el trastorno por atracón se sitúa en el 1,6 % de las mujeres y el 0,8 % de los hombres (American Psychiatric Association, 2013). Los programas destinados a la detección temprana de estos trastornos van en aumento.

Las causas de los trastornos alimentarios no están claras, aunque los factores biológicos y ambientales pueden ser determinantes (Rikani et al., 2013) ya que dependen de muchas variables como el estrés, la actividad física, la edad, el sexo y el entorno social de los individuos. Estudiar las posibles relaciones entre



ellos y los TCA es de interés especial para los investigadores. Las conductas alimentarias y sus trastornos relacionados causan un gran malestar psicológico no solo en la persona sino también en allegados y gente de su entorno (Kohn & Golden, 2001; Treasure et al., 2022).

El trastorno de atracones se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta (American Psychiatric Association, 2013). La presencia de atracones se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno (American Psychiatric Association, 2013). Estas personas expresan además malestar respecto a los atracones y ausencia de conductas compensatorias características de la bulimia nerviosa. El trastorno por atracón está asociado con obesidad y con una elevada comorbilidad psiquiátrica y médica (Hudson et al., 2007). Los cambios estructurales anatómicos y fisiológicos a nivel cerebral provocados por diferentes trastornos alimentarios, sugieren que el trastorno por atracones podría generar daños similares, aunque en diferentes investigaciones y revisiones aún no se ha encontrado evidencia directa (Frank et al., 2019). La importancia de este trastorno en la actualidad ha provocado su aparición en el DSM V como una entidad diagnóstica diferenciada (American Psychiatric Association, 2013). Además, el hecho de que el trastorno se presenta en personas con un peso normal, sobrepeso y obesidad indica que, aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no es adecuado equiparlo con la misma ya que la mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente (Hudson et al., 2007). Al ser considerado entidad diagnóstica diferenciada aún son pocos los estudios científicos sobre el tema en cuestión por lo que podría ser objeto de estudio en futuras investigaciones.

La práctica deportiva promueve muchos hábitos saludables que ayudan a las personas tanto si hablamos de salud mental como de salud física. Sin embargo, el deporte competitivo a veces requiere estados de forma óptimos, búsqueda del máximo rendimiento individual, lo que puede conllevar conductas que puedan contraponerse a esos hábitos saludables (Mancine et al., 2020), la importancia del resultado para muchos deportistas que utilizan el deporte como medio de vida podría ser un factor importante en su

desarrollo. Otro factor a tener en cuenta es la búsqueda del peso ideal o la enorme autoexigencia que a veces se imponen los deportistas podría conllevar un nivel de estrés muy elevado, como ocurre en actividades como la danza (Stoyel et al., 2020). Por ello, su estudio es una cuestión de interés general para poder vigilar aquellos parámetros de riesgo que pueden ayudar a prevenir su aparición en deportistas (Bonci et al., 2008).

## 1.2 Trastorno de atracones y actividad física

Diferentes estudios señalan que la existencia de trastornos alimenticios en deportistas, principalmente deportistas de élite, debido a factores de riesgo como la influencia de la presión por el resultado deportivo, la relación de éste con el peso corporal o la cultura deportiva (Mancine et al., 2020). También aparecen como relevantes la información nutricional y la psicoeducación en deportistas, entrenadores y personas de influencia como factores protectores (Sáez Villamediana & Ayensa Baile, 2021). Otros estudios analizando la relación de los trastornos alimentarios con el deporte han comprobado que el nivel de competición o el tipo de práctica puede influir en que ese riesgo aumente (Dosil Díaz et al., 2012). Según un estudio de Dosil, los casos de TCA han aumentado significativamente en los últimos años en el ámbito del alto rendimiento, estimando la incidencia de TCA entre un 4,2 y el 39,2 % (Dosil, 2008). En comparación con personas no deportistas, encontramos un estudio realizado en Suecia (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004), el cual demostró que la prevalencia de TCA en esta población era de 13.5%, frente al 3.4% de los no deportistas (Sáez Villamediana & Ayensa Baile, s. f.). Las evidencias de la relación entre ciertos trastornos de conducta alimentaria comentados anteriormente, como la bulimia y la anorexia, hacen relevantes nuevos estudios sobre si el trastorno de atracones ocurre de manera similar a estos, y aclarar si es mayor o menor su presencia en gente deportista y no deportista.

La relación entre los trastornos alimenticios, diferentes deportes y varios factores de riesgo se ha estudiado con modelos predictivos (Engel et al., 2003). En ellos las variables incluidas predijeron entre 40,5% y 46,4% de la varianza para la restricción de alimentos, insatisfacción corporal y afán de delgadez.



Las categorías de variables que generalmente predijeron la mayor variación para cada medida dependiente fueron la demografía, la participación atlética y la personalidad.

La actividad física se ha convertido en un pilar básico para las estrategias y programas de salud pública, debido a los numerosos beneficios que conlleva su realización, así como, a las consecuencias de la inactividad física, la cual se considera el cuarto factor de riesgo de la mortalidad mundial (Carrera, 2017). Además del impacto económico que la salud tiene en las economías mundiales. La relación de la actividad física con los trastornos alimentarios es clara, aunque no sea siempre unidireccional (Haslam et al., 2021). A pesar de que se podría pensar que los deportistas tienen menos riesgos, hay evidencias de que también pueden ser población de riesgo (Haslam et al., 2021; Mancine et al., 2020) e incluso que en ocasiones puede ser un factor de riesgo si es llevado al extremo, como puede ocurrir a veces en el deporte de élite. Como se ha señalado previamente, la razón principal que se encuentra asociada es el esfuerzo en controlar la alimentación con el fin de manipular la composición corporal y mejorar el rendimiento deportivo (Aparicio-Martinez et al., 2019; Haslam et al., 2021). Diversas investigaciones han resaltado que la prevalencia de trastornos alimentarios es más alta tanto en atletas masculinos como femeninos en comparación con la población general, que oscila entre el 6 y el 45% en atletas en comparación con el 3-15% de la población general (Nagata et al., 2018). Las variaciones dentro de la población atlética pueden atribuirse principalmente a diferencias de sexo, tipo de deporte escogido y nivel de deporte (pre-élite o élite) (Nagata et al., 2018). Por lo tanto, los enfoques adecuados de prevención, identificación y gestión dentro del entorno deportivo son esenciales para identificar a los que están en riesgo (Bonci et al., 2008) y poder obrar en consecuencia para proteger su salud.

La cantidad y tipo de actividad física a partir de la cual una persona incide en su salud ha sido objeto de debate durante muchos años, para delimitar el criterio escogido en el presente estudio a partir del cual considerar cuando una persona realiza el mínimo de actividad física se ha establecido el punto de corte siguiendo las delimitaciones de la OMS para población adulta de lo que considera el mínimo aconsejable (APA, 2013). A este respecto la Organización Mundial de la Salud señala que para población adulta el mínimo aconsejable sería la realización de al menos entre 150 y 300 minutos semanales de actividad física moderada o entre 75 y 150 de actividad física vigorosa a la semana. Para el presente estudio se ha

escogido por tanto la base en 3 días semanales realizando al menos 60 minutos de actividad física diaria, 180 minutos.

### 1.3 Actividad física, estrés y conducta alimentaria

Los efectos positivos del deporte como fenómeno global, se logran principalmente a través de la actividad física, y sus beneficios para la salud repercuten en un adecuado desarrollo psicosocial y personal (Malm et al., 2019). Sin embargo, también tiene efectos negativos como cierta incidencia en diversos aspectos psicológicos, ansiedad, estrés, el miedo al fracaso, las lesiones y en algunas ocasiones los TCA (Malm et al., 2019). La influencia del estrés en deportistas principalmente de alto nivel es incuestionable, tal y como afirman algunos estudios los jugadores de fútbol inevitablemente viven bajo el estrés durante su carrera deportiva y muchas situaciones interfieren en su resultado deportivo (Brandao, 2000). La importancia del estrés es tal que algunos autores han concluido que los jugadores lesionados en ocasiones perciben menos estrés que aquellos que no sufren lesiones deportivas (Olmedilla-Zafra et al., 2018), lo que ha sido relacionado con la posible explicación de que los niveles menores de estrés en deportistas lesionados se debían a que podían utilizar la lesión como vía de escape de situaciones de competición y estrés inherentes a la misma (Buceta, 1996). Estas situaciones y relaciones entre estrés y deporte nos proporcionan una pista sobre la relevancia del estrés percibido para deportista. Al ser el estrés un factor importante en los deportistas, especialmente en los deportistas profesionales, han sido muchos los estudios que han dedicado a estudiar sus relaciones y las posibles soluciones desde el ámbito de la psicología para paliar estos previsibles daños. Los atletas deben desarrollar un amplio rango de estrategias de afrontamiento para enfrentarse a las situaciones estresantes características del entorno competitivo (Márquez, 2006). En su perspectiva sobre el estrés cabe destacar la visión de Lazarus, en la que en su marco de esta perspectiva transaccional, para que se presente el fenómeno del estrés es importante que la persona perciba un desbalance entre las demandas externas o internas y los recursos que están a su disposición para superar las demandas. Esta transacción fue, para Lazarus, más que un estado, un proceso que debe evaluarse a través del tiempo (Gómez, 2005).

Dado que la actividad física se realiza cada vez más de forma organizada, el papel del deporte en la sociedad se ha vuelto cada vez más importante a lo largo de los años, no solo para el individuo sino

también para la salud pública (Treasure et al., 2022). El deporte en sí mismo, el estilo de entrenadores, las características personales y sociales del deportista, el nivel al que se practique deporte, etc. pueden hacer que aumente la vulnerabilidad de trastornos alimenticios (Dosil, 2008).

Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con relativa frecuencia en aquellos deportes en los que es importante el control del peso corporal, como gimnasia rítmica, patinaje artístico o deportes individuales y deportes de resistencia en los que el rendimiento individual tiene especial relevancia (Márquez, 2008). Para el presente estudio me parece de especial interés estudiar si el trastorno de atracones, que no consiste en restricción alimentaria, tiene mayor prevalencia en población deportista, como si ocurre con otros TCA. La hipótesis de la ingesta emocional como modelo explicativo del atracón da a entender que son los estados emocionales los que desencadenan en mayor medida su inicio. En este sentido, los episodios de atracón tendrían la finalidad de paliar un estado de ánimo, en el que los niveles de ansiedad se disparan (Cuadro & Baile, 2015). La regulación emocional implícita se estima que puede ser un mecanismo crucial en la explicación de los episodios de atracón (Robinson et al., 2015).

En un interesante estudio se observó los jugadores de deportes de equipo podrían constituir un grupo de riesgo de TCA, especialmente los de fútbol y rugby. El riesgo aumenta cuanto mayor es el IMC y/o el volumen de entrenamiento (Baldó Vela & Bonfanti, 2019).

La relación de estrés y actividad física parece tener un detonante clave en si diferenciamos deporte de élite y deporte aficionado. Mientras que en estudios con deportistas de élite se ha comentado la relación existente en que la población deportista sufre mayores niveles de estrés que la población no deportista (Malm, 2019), otros estudios que han relacionado la actividad física sin competición o resultados, han encontrado la relación inversa, estudiando a 255 sujetos se encontró que la práctica de actividad física no competitiva provocó en la población una sensación de la disminución del estrés laboral (Obando, 2017).

Una relación hallada interesante entre estrés y deporte la podemos encontrar en el estudio de Almeida, en el que encontró que el estrés percibido era mayor en deportistas de disciplinas individuales que en deportistas de disciplinas colectivas, en su estudio concretó que el nivel de estrés incide además en la

posterior recuperación del deportista, siendo más rápida y completa en aquellos deportistas que habían percibido niveles más bajos de estrés (Almeida, 2007).

El estrés se ha planteado como un mediador de los trastornos alimentarios en los deportistas (Poucher et al., 2021). En las mujeres deportistas se ha descrito la llamada triada consistente en AD, amenorrea y osteoporosis (West, 1998). La amenorrea hipotalámica funcional es una forma común de amenorrea secundaria que produce deficiencia de estrógenos en mujeres pre menopáusicas jóvenes. Si bien es reversible, la causa de este trastorno está relacionada con el estrés psicológico, el ejercicio excesivo, los trastornos alimentarios o una combinación de estos factores que dan como resultado la supresión del eje hipotalámico-pituitario-ovárico (Shufelt et al., 2017). La obesidad es una consecuencia del estrés entre los adolescentes y se ve agravada por una actitud alimentaria incorrecta. Desarrollar elecciones adecuadas de alimentos entre los adolescentes puede ayudar a prevenir la obesidad y otras complicaciones en la edad adulta (Tajik et al., 2014). La Escala de Estrés Percibido (EEP) es una de las escalas más conocidas para la medición de la respuesta psicológica general frente a los estresores (Gormally et al., 1982) y ha sido validada en español (Campo-Arias et al., 2014). Su uso permite identificar niveles de estrés en dos dimensiones positiva y negativa y por tanto ajustar el riesgo de trastornos alimentarios en función del estrés percibido por el sujeto (Reyna et al., 2019).

Los procesos emocionales y su influencia en la alimentación, muestran relaciones importantes entre el estado emocional y la ingesta. Ha sido relacionado el aumento de ingesta de ciertos alimentos en momentos de estrés y emociones intensas de tristeza, ansiedad o enfado, (Anger y Katz, 2015). Lo que demuestra que el estado emocional puede conllevar una ingesta aumentada no deseada, como puede ocurrir en trastornos de atracones y bulimia.

De especial relevancia puede ser como pretende este estudio dar un enfoque sobre el deporte aficionado, diversos estudios realizados durante la situación de covid-19 que concluyen que el confinamiento durante la pandemia se asocia con niveles significativamente altos de malestar psicológico y estrés que pueden alcanzar el umbral de relevancia clínica, encontrando puntuaciones más bajas de estrés y malestar a mayor nivel deportivo (Lopez-Gutierrez et al., 2021). Lo más relevante de este trabajo es que asocia niveles de estrés más bajos relacionándolos a mayor nivel menor estrés, mientras que en diversos

estudios han relacionado niveles de estrés altos a niveles competitivos de élite (Malm et al., 2019), es por ello que pretendemos aquí con una muestra de aficionados observar esos niveles de estrés en deportistas que no juegan en la élite y que se dedican al deporte amateur. Por tanto, la relación entre el Trastorno de atracones del que disponemos de pocos estudios en la actualidad, así como su posible relación con el deporte y con el estrés nos parece de interés para llevar a cabo el presente estudio.

#### 1.4 Objetivos e Hipótesis del estudio

##### Objetivos

Por lo comentado previamente, el objetivo principal del estudio es observar si el Trastorno de atracones tiene una incidencia mayor en población deportista que en gente no deportistas, tal y como ocurre con otros TCA.

Los objetivos secundarios del estudio son:

Estudiar el efecto del estrés en la presencia de Trastorno de atracones.

Comparar la presencia de trastorno de atracones en hombres y mujeres con estrés elevado que practican deporte y relacionarlo también con los grupos de edad seleccionados.

##### Hipótesis

Las hipótesis que derivamos de nuestros objetivos para el presente estudio son:

El trastorno de atracones tal y como ocurre con otros TCA como la Anorexia y la Bulimia tiene una mayor incidencia en población deportista que en la no deportista.

El estrés percibido produce un mayor riesgo de padecer trastorno de atracones.

La población deportista tiene una mayor sensación de estrés percibido lo que podría afectar a la probabilidad de sufrir trastornos asociados como TCA.

## **2. Materiales y métodos**

### 2.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional transversal en vida real en una muestra de deportistas aficionados sin que se lleve a cabo ninguna intervención. Se trata de estudiar y observar las posibles relaciones que pueden existir en la muestra según la presencia del trastorno de atracón y su relación con el grado de actividad física y estrés percibido.

### 2.2 Muestra

La muestra del estudio consta de un total de 91 personas, de los cuales 41 fueron hombres y 50 fueron mujeres, lo que permitió disponer de una muestra con una distribución equilibrada por género. En el estudio hay dos grupos principales de interés. Uno de ellos estuvo formado tanto por hombres como por mujeres que practican actividad deportiva más de 3 días a la semana realizando un mínimo de 30 minutos de actividad física considerando esta como vigorosa y otro grupo que realiza actividad física menos de 3 días por semana, siguiendo los criterios delimitados por la OMS. Cada grupo fue estudiado a su vez comparando entre hombres y mujeres y estudiamos la presencia de trastorno de atracones en ellos, y lo relacionamos con variables de interés. La principal con el estrés asociado a la práctica deportiva y otras como la edad y los estudios cursados.

En el grupo perteneciente a la población deportista se ha estudiado una muestra de deportistas federados de los clubes Unión Deportiva Aretxabaleta y Leintz-Arizmendi en edades de entre 18 y 40 años, que practican diversos deportes como fútbol, baloncesto, pelota y kárate. El grupo de participantes que practicaban deporte menos de 3 días por semana fue seleccionado tras un pequeño cuestionario en el que se escogían para participar a las personas que cumplían ciertos criterios con el objetivo de que ambas muestras fuesen semejantes, entre los criterios estuvieron: tener entre 18 y 40 años y realizar actividad física menos de 3 días por semana.

Se invitó a través de una charla explicativa a todos los participantes a tomar parte en la entrevista, en la que se les detalló los objetivos del estudio, se explicaron los detalles más importantes como el anonimato y la protección de datos personales. Una vez firmados los consentimientos informados se les pasaron los

cuestionarios, primero el EEP10 y seguidamente el Cuestionario de Atracónes (BES). Los criterios de inclusión seleccionados para los grupos eran, para ambos grupos:

Personas de entre 18 y 40 años que practican deporte más de 3 días por semana un mínimo de 30 minutos diarios considerándose la actividad física como vigorosa.

Personas de entre 18 y 40 años que practicasen deporte menos de 3 días por semana.

El único criterio de exclusión relevante fue la negativa a firmar el consentimiento informado.

## 2.3 Instrumentos y/o materiales

### 2.3.1 Cuestionarios:

#### 1. Binge Eating Scale (BES), Escala de Trastorno de Atracónes.

La Escala de Trastornos de Atracónes, Binge Eating Scale (BES) utilizada en el presente estudio fue la que se empleó traducida en su versión al castellano para población mexicana (Zúñiga y Robles, 2006). Puede indicar la presencia o no de este síndrome y a la vez, diagnosticar la gravedad según la existencia de atracones moderados o severos, basándose en la puntuación de la escala. La puntuación de la Escala de Trastornos por Atracón tiene un mínimo de 0 y máximo de 46 puntos. Los resultados se obtienen sumando los puntos que se extraen de cada una de las 16 preguntas que contiene. Los pacientes pueden agruparse en tres categorías (Losada y Marmo, 2013): los sujetos que obtienen 17 o menos puntos no padecerían de Trastornos de atracones, los que suman de 18 a 26 indicarían la presencia de Trastorno de Atracón moderado y los que registran 27 o más son considerados como un grado severo en el trastorno.

Esta escala posibilita la detección del Trastorno por Atracón. Puede indicar la presencia o no de este síndrome y a la vez, diagnosticar la gravedad según la existencia de atracones moderados o severos, basándose en la puntuación de la escala, (Losada y Marmo, 2013).

Se compone de 16 reactivos, ocho miden aspectos conductuales del atracón y los ocho restantes, los sentimientos y/o cogniciones asociadas al mismo. Cada reactivo incluye cuatro enunciados que miden la severidad del rasgo y se califican en una escala de 0 a 3 puntos ( Losada y Marmo, 2013).

Este cuestionario se puede encontrar en el Anexo 3 de este documento.

## 2. Escala de Estrés Percibido, versión EEP10.

La Escala de Estrés Percibido (EEP) fue desarrollada por Gormally (Gormally et al., 1982) y es una de las escalas más conocidas para la medición de la respuesta psicológica general frente a los factores estresores, traducida en español (Campo-Arias et al., 2014) . La Escala de Estrés Percibido tiene diferentes versiones, EEP14 y EEP10. En este estudio se ha optado por su versión en castellano de la EEP-10 usada por Remor en un estudio de validación con adultos en España (Remor, 2006). Se ha utilizado la versión de 10 ítems o EEP-10. Esta escala mide la percepción de estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes. Los ítems se entienden con facilidad. La escala brinda cinco opciones de respuesta: ‘nunca’, ‘casi nunca’, ‘de vez en cuando’, ‘a menudo y ‘muy a menudo’, que se clasifican de cero a cuatro. Los ítems 4, 5, 7 y 8 se califican en forma reversa o invertida. Se evaluaron por separado las dimensiones de estrés negativo (A) (ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10) y de estrés positivo (B) (ítems 4, 5, 7 y 8) (Reyna et al., 2019).

En cuanto a esta escala es importante decir que diferentes hallazgos,(Campo-Arias et al., 2009; Lee, 2012), invitan a considerar las dimensiones de la EEP-10 como dos escalas completamente diferenciadas y, por consiguiente, debe evitarse la suma de las puntuaciones de las dos dimensiones. Esta observación es contraria a las investigaciones anteriores, que la consideraron no solo como una escala bidimensional, sino que, en algunos casos, como unidimensional (Lee, 2012; Stoyel et al., 2020) La dimensión “distrés general” es reconocida por algunos autores como ‘estrés positivo’; por su parte, la dimensión ‘capacidad de afrontamiento’ también es llamada ‘estrés negativo’ y, adicionalmente, presenta un patrón de calificación en reversa (Campo-Arias et al., 2009; Lee, 2012).

Este cuestionario se puede encontrar en el Anexo 4 de este documento.



### 2.3.2 Consentimiento informado. Se incluye en el anexo 1.

A los participantes del estudio se les pasa una hoja sobre el consentimiento informado para participar en el estudio. Se le explica previamente que los datos pertenecientes al cuestionario son anónimos y en ellos no consta en ningún momento ningún dato personal. El consentimiento informado para participar en el estudio se presenta en el Anexo 1.

### 2.3.3 Encuesta datos sociodemográficos y actividad física

En el Anexo 2 se presenta la encuesta inicial que se ha llevado a cabo para poder determinar los grupos participantes y en especial el grupo que no realizaba actividad física para poder equiparar los grupos en ciertos criterios incluyentes y excluyentes que pensaba como importantes. Entre los incluyentes se buscaban participantes que fueran mayores de edad y que llegaran hasta los 40 años, por otro lado buscar que realizaran actividad física menos de 3 días por semana.

## 2.4 Procedimiento:

El procedimiento del estudio se distribuyó en varias fases. La primera consistió en el diseño del mismo mediante la definición de la pregunta de investigación y los criterios de inclusión en la muestra. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de los estudios de interés que relacionaran principalmente el Trastorno de Atracón escogida como variable dependiente y principalmente nivel de actividad física y estrés como variables independientes. La siguiente fase se dedicó a seleccionar los cuestionarios y las variables sociodemográficas a analizar. Se seleccionaron el cuestionario Binge Eating Escala (BES) Escala de atracones y el cuestionario de estrés percibido en versión abreviada EEP10. Posteriormente se concretó el plan de análisis estadístico con los procedimientos a utilizar como la regresión logística. La siguiente fase fue la de pasar los cuestionarios a los deportistas cuyos resultados se registraron en una base de datos en formato Excel. En la que se analizaron las relaciones mediante el programa SPSS con el fin de estudiar y comparar las relaciones entre las diferentes variables. Con ella se analizaron los datos siguiendo el plan estadístico diseñado para obtener los resultados que se incorporaron en el informe. A la

vista de los resultados y teniendo en cuenta las hipótesis y objetivos planteados se procedió a la discusión de los resultados y las conclusiones extraídas de los mismos.

## 2.5 Desarrollo del estudio

El estudio se desarrolló para los deportistas en las instalaciones de los dos clubes. En primer lugar, se informó a las directivas de los dos clubes de la iniciativa y se solicitó su colaboración. Posteriormente se informó a los entrenadores de los equipos participantes y se les pidió que pasasen la hoja explicativa y la del consentimiento informado. Una vez conseguidos los consentimientos informados se citaron los deportistas para pasarles los cuestionarios.

### Variables sociodemográficas

1. Edad en años
2. Sexo: Hombre, Mujer, Otra.
3. Nivel de estudios: universitarios, graduado escolar, otros.
4. Nivel de actividad física semanal: 5 a 7 días, 3 a 4 días, menos de 3 días

### Tamaño de la muestra

A tener en cuenta en el presente estudio es el tamaño de la muestra en la que conseguimos acceder a 91 personas, en el que obtuvimos resultados de 41 hombres y 50 mujeres, es quizás el punto a vigilar del estudio, ya que la muestra no es excesivamente grande.

## 2.6 Análisis estadístico

A partir de los puntos de corte señalados para la escala de atracón alimentario se dividió la muestra en aquellos individuos sin ningún riesgo (17 o menos puntos) y los que tuvieron algún tipo de riesgo (> 17 puntos), (Losada y Marmo, 2013). La significación estadística de las diferencias entre los grupos se evaluó mediante pruebas *t* pareadas para las variables cuando se distribuyan normalmente. Cuando los datos no estuvieron distribuidos normalmente y para los datos ordinales usamos la prueba no-paramétrica de



Wilcoxon. El nivel de significación se estableció en  $p = 0,05$ . También realizamos pruebas de chi-cuadrado, para comparar las tablas de contingencia. El análisis estadístico se llevará a cabo utilizando el software SPSS (versión 19, SPSS Inc., Chicago, IL). Una vez clasificados los deportistas en función de su riesgo en la escala de atracones se llevó a cabo un análisis estadístico multivariante mediante modelos de regresión logística en el que la variable resultado fue la probabilidad de tener un trastorno ( $BES > 17$ ) y como variables independientes los niveles de estrés positivo y negativo según la escala de estrés y como variables de control la edad, el sexo y el nivel ejercicio físico.

### **3. Resultados**

Se estudió una muestra de 91 deportistas que respondieron a la encuesta y firmaron el consentimiento informado. Todos los análisis se hicieron en función de la puntuación de los individuos en la escala de trastorno de atracones (BES), que situamos la presencia del Trastorno de Atracón como nuestra variable dependiente. Como podemos observar en la Tabla 1, en los datos recogidos el número de pacientes con puntuación  $\leq 17$  fue de 83 participantes, 8 participantes para el intervalo (17-27) de los cuales 4 fueron hombres y otros 4 mujeres y 0 participantes para la puntuación  $\geq 27$ . La tabla 2 presenta los mismos datos, pero agrupando las categorías de las variables. La edad se distribuyó en dos categorías por encima y por debajo de la mediana que fue 29 años. El porcentaje de mujeres con trastorno de atracón fue del 9,76% y el de hombres del 8,00%. La distribución por grupos de edad mostró pequeñas diferencias que no fueron estadísticamente significativas (Tabla 2) ya que los menores de 29 años presentaron trastorno de atracón en el 9,52% mientras que los de 29 años o mayores en el 8,16%. Por tanto, solo se consideraron dos grupos, aquellos con una puntuación  $\leq 17$  y aquellos con una puntuación  $>17$  puntos. Dicha tabla refleja además como tres de los sujetos sobre los que se obtuvo el resultado según el cual podría indicarnos que presentarían la presencia de síndrome de atracón, pertenece a población no deportista o que realiza menos de 3 días de actividad física a la semana, mientras que 5 sujetos pertenecen al grupo de aquellos que realizan actividad física más de 3 días por semana. Al agrupar el tipo de estudios en dos categorías las diferencias en el porcentaje de casos con trastorno de atracón son importantes ya que los individuos con estudios universitarios tuvieron una cifra del 7,79% mientras que en los que tienen estudios básicos ese valor ascendió al 14,29%. Sin embargo, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas medidas en el análisis univariante con el Chi cuadrado (Tabla 2). En la misma tabla 2 se muestran las diferencias según la actividad física. En el grupo de los que hacen deporte menos de tres días por semana el porcentaje de casos de trastorno por atracón fue del 10,34% mientras que en el grupo que hace deporte tres o más días a la semana fue del 8,06%. Tampoco fueron estadísticamente significativas las diferencias.

También en la Tabla 1 podemos observar como de entre los sujetos que presentan el síndrome encontramos 2 sujetos pertenecientes al primer rango de edad seleccionado (mayores de edad pero

menores de 20 años), otros 2 para aquellos sujetos comprendidos entre 20 y 25 años, 2 más para los comprendidos entre 30 y 35 y otros 2 para el de mayores de 35 años.

La valoración del test de estrés se presenta en las tablas 1 y 2 en dos variables o dimensiones separadas según la propuesta de Reyna et al., diferenciados, estrés positivo y negativo. En el caso del estrés positivo se valorará la suma de los ítems 4, 5, 7 y 10, y en el caso del estrés negativo se valorará la suma de los ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10 (Reyna et al., 2019).

Se establecieron dos tipos de agrupaciones de las variables. En la primera opción se mantuvieron los criterios de la recogida de datos y se categoriza la edad en intervalos de 5 años. En la segunda opción las variables se agregaron en dos grupos: la edad por encima o por debajo de la mediana (29 años), la actividad física en <3 días o  $\geq 3$  días y el grado de educación en graduado escolar-otros o universitario, tal y como podemos observar en la Tabla 2.

Como se puede observar en las tablas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables según la puntuación en la escala de trastorno de atracones ni en la clasificación inicial (Tabla 1) ni en la agrupada en dos categorías (Tabla 2).

Los resultados de la muestra evidencian que no hay diferencias significativas y que por tanto no se pueden verificar las hipótesis planteadas. Durante el estudio que se realizó en diferentes fases, no se encontró que la gente deportista de la muestra estudiada, padeciera síndrome de atracones moderado en mayor medida que la población no deportista, como si ocurre y se ha revisado y comentado en la literatura en otros TCA. Tampoco se pudo demostrar que el estrés percibido fuese mayor en deportistas que en gente no deportista, al menos en este estudio con deportistas federados de nivel aficionado. Es por ello que tampoco se pudo estudiar ni verificar la hipótesis de que aquellos que sufrieran o percibieran mayores niveles de estrés tuvieran mayor probabilidad de sufrir un trastorno de atracones.

Al hacer un análisis univariante (Tabla 1), se aprecian diferencias significativas comparando la escala BES con la edad, lo que nos dice que la distribución de la posible presencia de un trastorno de atracones se distribuye de manera diferente en los rangos seleccionados por edad al no haber casos en el grupo de

edad de entre 25-30 años. Sin embargo, los pocos casos encontrados así como el rango de edad seleccionados sugieren la necesidad de realizar más investigación al respecto.

**Tabla 1.** Características de las variables discretas basadas en puntuación en BES en relación con género, edad, nivel de actividad física y nivel de estudios

Variable		puntuación ≤17	puntuación >17	Total	p,valor
Género	Hombre	37 (90,24%)	4 (9,76%)	41 (45,05%)	1,000
	Mujer	46 (92,00%)	4 (8,00%)	50 (54,95%)	
Edad	<20	3 (60,00%)	2 (40,00%)	5 (5,49%)	0,043
	[20-25)	21 (91,30%)	2 (8,70%)	23 (25,27%)	
	[25-30)	25 (100,00%)	0 (0,00%)	25 (27,47%)	
	[30-35)	26 (92,86%)	2 (7,14%)	28 (30,77%)	
	≥35	8 (80,00%)	2 (20,00%)	10 (10,99%)	
Nivel actividad física	<3 días/semana	26 (89,66%)	3 (10,34%)	29 (31,87%)	0,311
	3-4 días/semana	38 (88,37%)	5 (11,63%)	43 (47,25%)	
	5-7 días/semana	19 (100,00%)	0 (0,00%)	19 (20,88%)	
Estudios	Graduado escolar	5 (71,43%)	2 (28,57%)	7 (7,69%)	0,230
	Universitarios	71 (92,21%)	6 (7,79%)	77 (84,62%)	
	Otros	7 (100,00%)	0 (0,00%)	7 (7,69%)	

**Tabla 2.** Características de las variables discretas, relación de puntuación en BES con edad, nivel de actividad física y nivel de estudios, agrupadas en dos categorías

Variable		puntuación ≤17	puntuación >17	Total	p,valor
	Hombre	37 (90,24%)	4 (9,76%)	41 (45,05%)	1,000
	Mujer	46 (92,00%)	4 (8,00%)	50 (54,95%)	
Edad	<29 años	38 (90,48%)	4 (9,52%)	42 (46,15%)	1,000
	≥29 años	45 (91,84%)	4 (8,16%)	49 (53,85%)	
Nivel actividad física	<3 días/semana	26 (89,66%)	3 (10,34%)	29 (31,87%)	0,706
	≥3 días/semana	57 (91,94%)	5 (8,06%)	62 (68,13%)	
Estudios	Básicos	12 (85,71%)	2 (14,29%)	14 (15,38%)	0,604
	Universitarios	71 (92,21%)	6 (7,79%)	77 (84,62%)	

En la Tabla 2 además podemos ver que los resultados son tan similares que podría ser de interés estudiar si efectivamente la práctica deportiva o no a nivel aficionado, así como los niveles de estrés son factores que no tendrían relación con la presencia de Síndrome de atracones. De esta manera podríamos concluir con los resultados apreciados en la tabla que si bien no hay resultados en el sentido de la hipótesis propuesta, se aprecia cómo esta relación inexistente podría tener interés excluyendo factores no asociados al Trastorno de Atracónes.

Tabla 3. Descripción de variables continuas, puntuación en BES adaptada y relación con Edad y Nivel de estrés positivo y negativo

Variable		Media	DE	Mínimo	Máximo	Q25	Mediana	Q75	t,Studen	Wilcoxon
Edad	puntuación <=17	28,05	5,18	19	37	23,5	29	29		
	puntuación >17	27,12	7,97	17	36	19,75	28	28	0,757	0,827
Nivel de estrés Positivo (EEP)	puntuación <=17	5,23	2,26	0	12	4	5	5		
	puntuación >17	6,62	2,92	3	13	5,75	6	6	0,226	0,165
Nivel de estrés Negativo (EEP)	puntuación <=17	11,14	3,14	2	22	9	11	11		
	puntuación >17	12	4,87	8	23	9,5	10,5	10,5	0,64	0,838

DE: Desviación estándar

Tampoco en el análisis estadístico univariante de las variables continuas se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tal y como podemos apreciar en la tabla 3, ocurriendo tanto apreciando el nivel de estrés positivo como el nivel de estrés negativo bajo el formulario EEP10.

Como vemos no se encontraron diferencias tampoco asociadas al rango de edad determinado, y el resultado en este campo en el que se obtuvo en TStudent de 0,757 muestra una vez más que las diferencias halladas no fueron significativas.

En la misma tabla se aprecia cómo los niveles de estrés tampoco tuvieron relación con la presencia o no de síndromes de atracón. Los resultados de hecho son tan similares que podríamos decir que la práctica deportiva a nivel aficionado podría no tener ninguna influencia ni con el nivel de estrés percibido ni con la presencia de Trastorno de Atracón, sin embargo más estudios arrojarían luz sobre esta cuestión.

En las Tablas 4, 5 y 6 se muestran los resultados de los modelos de regresión logística.



En el modelo inicial que incluyó las variables según las categorías iniciales no mostró ninguna significación estadística ya que las p fueron siempre mayores de 0,05. Por ellos se exploraron otros modelos en con cambios en las variables.

En la tabla 5 se muestra el modelo incluyendo todas las variables según las categorías agregadas y se mantuvieron las variables continuas de las dimensiones de estrés. Este modelo tampoco mostró resultados estadísticamente significativos.

Tabla 4. Modelo de regresión logística incluyendo todas las variables estudiadas.

Variables		OR	Error Estándar	Z	p
Intercepto		0,0589	3,4189	-0,8283	0,4075
Género	Hombre	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Mujer	0,5327	0,9742	-0,6466	0,5179
Nivel actividad física	<3 días/semana	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	3-4 días/semana	1,0177	1,0768	0,0163	0,9870
	5-7 días/semana	0,0000	2305,5230	-0,0076	0,9939
Estudios	Graduado escolar	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Universitarios	0,2895	1,2596	-0,9843	0,3250
	Otros	0,0000	3700,1575	-0,0050	0,9960
EEP Estrés Positivo		1,2154	0,1849	1,0553	0,2913
EEP Estrés Negativo		1,0335	0,1393	0,2363	0,8132

Variables	OR	Error Estándar	Z	p
Edad	1,0268	0,0984	0,2683	0,7885

OR: Odds Ratio

Tabla 5. Modelo de regresión logística incluyendo todas las variables según las categorías agregadas.

Variables	OR	Error Estándar	Z	p	
(Intercept)	0,0588	2,1388	-1,3252	0,1851	
Género	Hombre	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Mujer	0,8208	0,9363	-0,2109	0,8330
Edad	<29 años	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	>=29 años	1,0396	1,0498	0,0370	0,9705
Nivel actividad física	<3 días/semana	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	>3 días/semana	0,6178	1,0671	-0,4513	0,6518
Estudios	Graduado escolar- otros	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Universitarios	0,5938	1,0295	-0,5062	0,6127
EEP Estrés Positivo	1,2267	0,1729	1,1815	0,2374	
EEP Estrés Negativo	1,0099	0,1281	0,0770	0,9386	

OR: Odds Ratio

Por último, se construyó un modelo (Tabla 6) en el que las variables continuas se transformaron en categóricas, y se eliminaron las dimensiones de estrés para estudiar la existencia de significación estadística, pero los resultados hallados no devolvieron ningún resultado en este sentido.

Tabla 6. Modelo de regresión logística incluyendo todas las variables en formato discreto y sin las variables de estrés.

Variables		OR	Error Estándar	Z	p
(Intercepto)		0,3506	1,3341	-0,7856	0,4321
Género	Hombre	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Mujer	0,8529	0,8633	-0,1843	0,8538
Edad	<29 años	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	>=29 años	0,7283	1,0030	-0,3161	0,7519
Nivel actividad física	<3 días/semana	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	>3 días/semana	0,4962	1,0281	-0,6817	0,4955
Estudios	Graduado escolar- otros	Ref,	Ref,	Ref,	Ref,
	Universitarios	0,4842	0,9623	-0,7537	0,4511

OR: Odds Ratio

#### **4. Discusión**

La primera valoración de este estudio es que los datos presentados previamente muestran que el trastorno de atracón tiene poca prevalencia en la población deportista, así como la inexistencia de diferencias significativas entre deportistas y no deportistas, a diferencia de otros trastornos alimentarios como puede ser la Bulimia Nerviosa o la Anorexia, tal y como muestran algunos estudios, (Mancine et al., 2020; Poucher et al., 2021; Sáez Villamediana y Ayensa Baile, 2021). En nuestra muestra solamente hemos encontrado trastorno de atracón de tipo moderado con puntuación en la escala entre 18 y 26 y sin encontrar sujetos con un trastorno severo y puntuación mayor de 26. Estos resultados indican que la prevalencia del trastorno por atracón es baja en la muestra estudiada lo cual concuerda con su prevalencia en la población general en la que los valores son bajos 1,8% en mujeres y 0,8% en hombres (American Psychiatric Association, 2013).

Los análisis multivariantes realizados respecto a nuestra variable dependiente (existencia de un trastorno de atracón) tampoco han podido encontrar significación estadística. Se podría señalar, por tanto, que indican que los factores explicativos de este trastorno en otras muestras como ocurre en la relación entre otros TCA y deporte, no se asocian en la muestra estudiada con los resultados hallados en la escala de trastorno de atracones. Entendemos que estas diferencias podrían deberse principalmente a que la Conducta de Trastorno por atracón no es tan frecuente en deportistas aficionados como otros trastornos de conducta alimentaria como pueden ser la Bulimia o Anorexia, (Aparicio-Martinez et al., 2019; Haslam et al., 2021; Mancine et al., 2020). Los resultados encontrados en estrés percibido no muestran diferencias significativas de estrés en los dos grupos analizados, tanto en población deportista como no. Probablemente la causa es que no hemos escogido una muestra de deportistas de élite, donde el resultado y su actuación puede generar diferencias y cambios considerables en sus vidas, y en los que la literatura ha demostrado tanto un mayor estrés percibido como una mayor frecuencia de TCA. Sin embargo futuras investigaciones al respecto podrían esclarecer estos resultados.

Una vez concluido el estudio podríamos señalar ciertos aspectos limitantes que podrían mejorarse de cara a replicaciones o estudios posteriores. Sería interesante contar con una muestra de deportistas de élite y así poder compararse grupo de aficionados y deportistas de élite. La población deportista reúne a

deportistas federados de deportes como fútbol, pelota, baloncesto y kárate, de nivel aficionado. En este estudio no se ha hecho mención al tipo de deporte y sí hemos preferido clasificar a los grupos en dos, uno referido al que hace deporte y al que realiza menos del mínimo aconsejable según criterios de la OMS, sin embargo, de cara a la generalización de resultados podría ser interesante especificar en futuras repeticiones el tipo de deporte escogido.

El nivel de estrés percibido en los participantes no ha mostrado diferencias para ningún grupo. Esto podría deberse también a que los deportistas aficionados no reciben o perciben las mismas exigencias que los deportistas de élite en relación al resultado. Además tal y como hemos comentado en los resultados, no parece que el estrés sea una variable que se puede asignar como factor de riesgo para padecer trastorno de atracones.

El trastorno de atracones merece un especial interés al ser un trastorno que está creciendo mucho con el paso de los años llegando a cotas comparables a otros TCA, en este escrito se ha estudiado su relación con la práctica deportiva, obteniendo resultados diferentes a los obtenidos en otros TCA en los que sí relacionan deporte y TCA, (Mancine et al., 2020; Poucher et al., 2021; Sáez Villamediana & Ayensa Baile, s. f.), estudios posteriores serían de interés para verificar la diferencia obtenida.

El comer emocional se ha demostrado de relevancia en trastornos como la Bulimia y el Trastorno de Atracones (Anger y Katz, 2015), en los resultados obtenidos no se ha demostrado la relación entre Trastorno de atracones y estados emocionales estresantes, lo que podría abrir futuras vías de investigación sobre ingesta emocional y estos dos trastornos.

En nuestro estudio no hemos podido verificar las hipótesis planteadas debido a la falta de diferencias significativas encontradas en nuestros resultados, sin embargo, las conclusiones que detallamos aquí nos pueden generar nuevas hipótesis y planteamientos para futuras investigaciones, ¿Es el Trastorno de atracones más frecuente en deportistas de élite que en aficionados o que en población sedentaria? ¿Queda el estrés descartado como posible factor de riesgo para que las personas padezcan de trastorno de atracones? A pesar de que investigaciones señalen que el trastorno de atracones tiene prevalencia en

la población general a parte de la obesa ¿Es realmente cierto ? ¿ Qué ocurriría si en futuras investigaciones estudiamos siempre IMC como variable independiente en el trastorno de atracones ?

### **Conclusiones**

Los resultados presentes en el estudio muestran por un lado que el trastorno por atracón tiene una incidencia mucho menor en deportistas que otros trastornos alimentarios como pueden ser la Bulimia y la Anorexia, probablemente teniendo estos más relación con el objetivo de la consecución de controlar un peso óptimo. Además, hemos encontrado que los niveles de estrés percibido son bajos, probablemente por tratarse de deportistas que no compiten en la élite ni utilizan el deporte como medio para ganarse la vida, en el que los resultados y la competición estén en un primer plano.

Como resultado de lo comentado el estrés no parece ser un factor de riesgo que influya en la presencia de trastorno de atracones, sin embargo el no haber encontrado Trastorno de atracones severos en nuestra muestra podría abrir nuevas vías de investigación a población que sufriera trastorno de atracón severo y estudiar de esta manera la posible influencia de esta variable psicológica como factor de riesgo para sufrir dicho trastorno.

Como aspecto interesante del estudio referido a nuestras principales hipótesis podemos decir que el trastorno de atracones no tiene mayor o menor presencia en población de deporte aficionado que en población que realiza menos de 3 días de actividad física semanal, y que de igual manera los niveles de estrés percibido tampoco arrojan diferencias significativas en los dos grupos. No se han encontrado diferencias ni en la presencia de atracones entre hombres y mujeres lo que probablemente se deba a la baja prevalencia del trastorno en la sociedad.

Por último, al no contar con una muestra de deportistas de élite y referirse este estudio a deporte aficionado, futuras investigaciones podrían estudiar la posible presencia de trastorno de atracones tanto en deportistas de élite como la posible influencia del estrés en ellos.

## 5. Referencias bibliográficas

Almeida Ayala, E. L. (2017). Análisis comparativo de los niveles subjetivos de estrés-recuperación entre deportistas practicantes de deportes individuales y colectivos.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association.

Anger, V., & Katz, M. (2015). RELACIÓN ENTRE IMC, EMOCIONES PERCIBIDAS, ESTILO DE INGESTA Y PREFERENCIAS GUSTATIVAS EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS RELATIONSHIP BETWEEN BMI, EMOTIONS PERCEIVED, INTAKE STYLE AND TASTE PREFERENCES IN AN ADULT POPULATION. Actualización en Nutrición, 16(1), 31-36. Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A.-J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(21), E4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>

Baldó Vela, D., & Bonfanti, N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. Nutrición Hospitalaria, 36(5), 1171-1178. <https://doi.org/10.20960/nh.02630>

Bonci, C. M., Bonci, L. J., Granger, L. R., Johnson, C. L., Malina, R. M., Milne, L. W., Ryan, R. R., & Vanderbunt, E. M. (2008). National athletic trainers' association position statement: Preventing,

- detecting, and managing disordered eating in athletes. *Journal of Athletic Training*, 43(1), 80-108.  
<https://doi.org/10.4085/1062-6050-43.1.80>
- Brandao, maria R. (2000). Factores de stress em jogadores de futebol profissional. Universidade Estadual de Campinas.
- Buceta, J. M. (1996). *Psicología y Lesiones Deportivas: Prevención y Recuperación*. Dykinson.
- Campo-Arias, A., Bustos-Leiton, G. J., & Romero-Chaparro, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*, 9(3), 271-280.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 1-24. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735>
- Carrera, Y. (2017). Cuestionario Internacional de actividad física (IPAQ). *Revista Enfermería del Trabajo*, 7(2), 49-54.
- Cuadro, E., & Baile, J. I. (2015). El trastorno por atracón: Análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.
- Dosil Díaz, J., Díaz Ceballos, I., Viñolas Ramisa, A., & Díaz Fernández, O. (2012). Prevención y detección de los trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento (CAR, CEARE y CTD). *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(1), 163-166.
- Dosil, J. (2008). *Eating disorders in athletes*. John Wiley & Sons.



Engel, S. G., Johnson, C., Powers, P. S., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Wittrock, D. A., & Mitchell, J. E.

(2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333-343. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00031-X)

Fekih-Romdhane, F., Daher-Nashif, S., Alhuwailah, A. H., Al Gahtani, H. M. S., Hubail, S. A., Shuwiekh, H. A.

M., Khudhair, M. F., Alhaj, O. A., Bragazzi, N. L., & Jahrami, H. (2022). The prevalence of feeding and eating disorders symptomology in medical students: An updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Eating and Weight Disorders: EWD*.

<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01351-w>

Frank, G. K. W., Shott, M. E., & DeGuzman, M. C. (2019). The Neurobiology of Eating Disorders. *Child and*

*Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 629-640.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.007>

Gómez Ortiz, Viviola (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*,

37(1),207-209.[fecha de Consulta 4 de Febrero de 2022]. ISSN: 0120-0534. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537112>

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & 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)

Haslam, R. L., Clarke, E. D., Gray, S., Gearon, R., & Pursey, K. (2021). Findings from a web content analysis

of resources targeting sporting coaches aimed at educating or upskilling on eating disorders and disordered eating in athletes. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 159.

<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00512-7>

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Kohn, M., & Golden, N. H. (2001). Eating disorders in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Paediatric Drugs*, 3(2), 91-99. <https://doi.org/10.2165/00128072-200103020-00002>
- Lee, E.-H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- Lopez-Gutierrez, C. J., Vaccaro-Benet, P., Diaz-Rosado, J., & Castro-Sanchez, M. (2021). Psychological discomfort and stress during confinement due to the covid-19 pandemic. Comparative study between athletes and non-athletes. *Ibero-American Journal of Exercise and Sports Psychology*, 16(4), 1-3.
- Losada, A. V., & Marmo, J. (2013). Herramientas de evaluación en Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Malm, C., Jakobsson, J., & Isaksson, A. (2019). Physical Activity and Sports-Real Health Benefits: A Review with Insight into the Public Health of Sweden. *Sports (Basel, Switzerland)*, 7(5), E127. <https://doi.org/10.3390/sports7050127>
- Mancine, R., Kennedy, S., Stephan, P., & Ley, A. (2020). Disordered Eating and Eating Disorders in Adolescent Athletes. *Spartan Medical Research Journal*, 4(2), 11595.
- Márquez, S. (2008). Trastornos alimentarios en el deporte: Factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutrición Hospitalaria*, 23(3), 183-190.

- Márquez, Sara (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378. [fecha de Consulta 4 de Febrero de 2022]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760209>
- Nagata, J. M., Garber, A. K., Tabler, J. L., Murray, S. B., & Bibbins-Domingo, K. (2018). Prevalence and Correlates of Disordered Eating Behaviors Among Young Adults with Overweight or Obesity. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1337-1343. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4465-z>
- Obando Mejía, I., Calero Morales, S., Carpio Orellana, P., & Fernández Lorenzo, A. (2017). Efecto de las actividades físicas en la disminución del estrés laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3).
- Olmedilla-Zafra, A., García-Alarcón, M., & Toro, E. O. (2018). Relaciones entre lesiones deportivas y estrés en fútbol 11 y fútbol sala femenino. *Journal of sport and health research*, 10(3), 339-348.
- Poucher, Z. A., Tamminen, K. A., Sabiston, C. M., & Cairney, J. (2021). A longitudinal examination of changes in mental health among elite Canadian athletes. *Journal of Sports Sciences*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/02640414.2021.2015908>
- Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006;9:86-93. <http://doi.org/wj3>.
- Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: Análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.003>

- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L., & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating Behaviors*, 18, 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.011>
- Sáez Villamediana, A., & Ayensa Baile, J. I. (2021.). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en deportistas de alto rendimiento. Revisión sistemática. *Psychology*, Artículo e13. <https://doi.org/10.5093/cc2021a9>
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *The International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199511\)18:3<209::aid-eat2260180303>3.0.co;2-e](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199511)18:3<209::aid-eat2260180303>3.0.co;2-e)
- Shufelt, C. L., Torbati, T., & Dutra, E. (2017). Hypothalamic Amenorrhea and the Long-Term Health Consequences. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(3), 256-262. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1603581>
- Stoyel, H., Slee, A., Meyer, C., & Serpell, L. (2020). Systematic review of risk factors for eating psychopathology in athletes: A critique of an etiological model. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 28(1), 3-25. <https://doi.org/10.1002/erv.2711>
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 14(1), 25-32. <https://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005>

- Tajik, E., Zulkefli, N. A. M., Baharom, A., Minhat, H. S., & Latiff, L. A. (2014). Contributing factors of obesity among stressed adolescents. *Electronic Physician*, 6(1), 771-778.  
<https://doi.org/10.14661/2014.771-778>
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: Implications for prevention and treatment. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 147-148.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20935>
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Valdés-Moreno, M. I., Rodríguez-Márquez, M. C., Cervantes-Navarrete, J. J., Camarena, B., & Gortari, P. D. (2016). Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. *Análisis factorial. Salud mental*, 39(6), 295-302.
- West, R. V. (1998). The female athlete. The triad of disordered eating, amenorrhoea and osteoporosis. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 26(2), 63-71. <https://doi.org/10.2165/00007256-199826020-00001>
- Zúñiga, O., & Robles, R. (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15(5), 126-134.

## 6. ANEXOS

### Anexo 1. Formulario de consentimiento informado

#### **HOJA DE INFORMACION PARA EL POSIBLE PARTICIPANTE en el estudio: Estimación de la prevalencia del trastorno de atracones y del efecto del estrés en una muestra de deportistas aficionados**

**Título del estudio:** Estimación de la prevalencia del trastorno de atracones y del efecto del estrés en una muestra de deportistas aficionados

**Código de protocolo:**

**Investigador Principal:** Álvaro del Blanco Pérez

**Centro:** Universidad Europea de Madrid

Le invitamos a participar en este estudio que forma parte del Trabajo fin de master de Álvaro del Blanco Pérez. El fin de esta hoja es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este estudio. Lea por favor con atención este documento. Estaremos encantados de aclararle cualquier duda que pueda surgirle al respecto.

#### **Objetivo**

En este estudio se estudiará la relación entre la conducta alimentaria, el estrés y la actividad física

#### **Metodología empleada. Desarrollo del estudio**

Se le pasarán encuestas con preguntas cortas y sencillas. Si fuera necesario, por algún motivo derivado del estudio, nos gustaría poder contactar con Vd. en un futuro. Las encuestas son (1) Cuestionario de escala de atracones; (2) Escala de Estrés Percibido-10;

#### **Beneficios y riesgos**

La realización de este estudio nos ayudará a conocer mejor la repercusión que tienen el nivel de estrés en la conducta alimentaria en deportistas. El estudio no implica ningún riesgo para su salud, porque no supone ninguna intervención añadida a la práctica médica habitual.

#### **Voluntariedad**

Su participación en este estudio es voluntaria por lo que en cualquier momento puede retirarse del mismo, sin tener que dar explicaciones.



**Confidencialidad**

Todos los datos recogidos sobre su participación en este estudio serán considerados confidenciales. En las listas de trabajo sólo constará el número que se le haya asignado en el estudio. En el informe final del estudio o en caso de comunicar estos resultados a la comunidad científica, se mantendrán sus datos personales en el anonimato.

El tratamiento de sus datos se realizará conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo establecido en esta ley, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador del estudio.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Estimación de la prevalencia del trastorno de atracones y del efecto del estrés en una muestra de deportistas aficionados**

Yo (nombre y apellidos)

Yo (nombre y apellidos) y padre/madre de (nombre y apellidos) en cuyo nombre acepto que

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre el investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.



2. Sin tener que dar explicaciones.
  3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- 
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.
  - Accedo a que el Investigador Principal del estudio contacte conmigo en un futuro para realizarme preguntas sobre mi evolución.

Sí

No

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:





Anexo 2

**Encuesta para participación en el estudio**

Edad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces practicas deporte o actividad física semanalmente?

\_\_\_\_\_



Anexo 3

**Binge Eating Escala (BES), Escala de Trastorno de atracones**

**GRUPO 1**

No me siento preocupado/a de mi peso o de mi talla cuando estoy con otros.

Me siento preocupado/a de como luzco ante los demás, pero normalmente esto no me hace sentirme decepcionado/a de mi mismo/a.

Me siento preocupado/a acerca de mi apariencia y mi peso y esto me hace sentir decepcionado/a de mi mismo/a

Me siento muy preocupado/a acerca de mi peso y frecuentemente siento una pena intensa y disgusto por mi mismo/a. Trato de evitar contactos sociales debido a mi preocupación por mi apariencia.

**GRUPO 2**

No tengo ninguna dificultad para comer lentamente y de manera adecuada.

Aunque parece que “devoro” la comida no termino sintiéndome “lleno” por haber comido mucho.

Algunas veces como muy rápido y después me siento incómodamente lleno.

Siempre o casi siempre me paso la comida sin masticarla y cuando esto me pasa me siento incómodamente lleno/a porque he comido demasiado.

**GRUPO 3**

Me siento capaz de controlar mis ganas de comer cuando yo quiero.

Siento que he fallado en controlar mi alimentación más que una persona promedio.

Me siento incapaz de controlar mis ganas de comer.

Me siento desesperado porque no soy capaz de controlar mi manera de comer.

**GRUPO 4**

No acostumbro a comer cuando estoy aburrido/a.

ALGUNAS VECES me pongo a comer cuando estoy aburrido/a, pero SIEMPRE o CASI SIEMPRE soy capaz de mantenerme ocupado/a y dejar de pensar en la comida.



SIEMPRE o CASI SIEMPRE me pongo a comer cuando estoy aburrido/a, pero ALGUNAS VECES puedo hacer otra actividad para dejar de pensar en la comida.

SIEMPRE O CASI SIEMPRE me pongo a comer cuando estoy aburrido/a y nada parece ayudarme a romper este hábito.

#### GRUPO 5

GENERALMENTE como cuando me siento físicamente con hambre.

ALGUNAS VECES como algo impulsivamente a pesar de que no tengo hambre.

MUCHAS VECES como cosas que realmente no disfruto para satisfacer mi sensación de hambre a pesar de saber que físicamente no necesito comer en ese momento.

A pesar de que físicamente no tengo hambre, tengo una sensación de hambre en mi boca que sólo es satisfecha comiendo cosas que me llenan la boca, como un sándwich. Cuando hago esto algunas veces escupo la comida para no engordar.

#### GRUPO 6

No siento culpa ni me odio después de comer de más.

A VECES siento culpa o me odio después de comer de más.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE siento culpa o me odio después de comer de más.

#### GRUPO 7

Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, puedo volver a controlar mi forma de comer.

Cuando hago dieta y la rompo comiendo algo "prohibido", ALGUNAS VECES siento que me equivoqué y cómo aún más.

Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, MUCHAS VECES siento que "cometí un error" y cómo aún más.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE hago dieta y la rompo porque tengo un atracón. Parece que mi vida transcurriera entre "atracones" y "tener hambre".



#### GRUPO 8

MUY POCAS VECES o NUNCA como tanto para sentirme incómodo/a.

ALGUNAS VECES, aproximadamente 1 vez al mes, como tanto que al final termino sintiéndome muy “lleno”.

MUCHAS VECES durante el mes tengo periodos donde como grandes cantidades de comida, ya sea a la hora de la comida o entre comidas.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE como tanta comida que me siento incómodo/a al acabar de comer, y a veces hasta con un poco de náuseas.

#### GRUPO 9

Mi ingesta de calorías no es muy baja ni muy alta.

ALGUNAS VECES después de comer demasiado, trato de disminuir mi ingesta de calorías casi a cero para compensar el exceso que había comido.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE como demasiado durante la noche. Generalmente no tengo hambre durante el día pero como demasiado en la noche.

Durante mi vida adulta hay semanas en que tengo largos periodos donde prácticamente me mato de hambre y luego como de más. Parece ser que mi vida transcurre entre “atracones” y “tener hambre”.

#### GRUPO 10

Normalmente soy capaz de parar de comer cuando yo quiero. Sé cuando: “suficiente es suficiente”.

ALGUNAS VECES me da compulsión de comer y pareciera que no la puedo controlar, pero otras veces si la puedo controlar.

MUCHAS VECES me da una urgencia por comer y pareciera que no la puedo controlar, pero otras veces si la puedo controlar.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE me siento incapaz de controlar mi urgencia por comer. Tengo miedo de no poder parar de comer cuando yo quiera.



#### GRUPO 11

No tengo ningún problema para parar de comer cuando me siento “lleno/a”.

Puedo parar de comer cuando me siento lleno/a, pero A VECES como demasiado y me siento “muy lleno/a”.

MUCHAS VECES tengo el problema para parar de comer y me siento incómodamente “lleno/a”.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE soy incapaz de parar de comer cuando yo quiero y algunas veces ha sido necesario inducirme el vómito, usar laxantes o diuréticos para aliviar mi sensación de estar “muy lleno/a”.

#### GRUPO 12

Como lo mismo cuando estoy con otros (familia, reunión social) que cuando estoy solo/a.

ALGUNAS VECES cuando estoy con otras personas no como tanto como quisiera porque me siento preocupado/a acerca de mi forma de comer.

MUCHAS VECES como pequeñas cantidades de comida cuando hay gente a mi alrededor porque me siento avergonzado/a de mi forma de comer.

SIEMPRE o CASI SIEMPRE me siento muy avergonzado por comer de más y elijo tiempos para comer de más cuando sé que nadie podría verme. Me siento como un “tragón de closet”.

#### GRUPO 13

Hago tres comidas al día y SOLO ALGUNAS VECES como bocadillos entre comidas.

Hago tres comidas al día, pero MUCHAS VECES como bocadillos entre éstas.

Cuando como muchos bocadillos me salto las comidas regulares.

Hay periodos que parece que estuviera comiendo todo el tiempo, sin ninguna comida planeada.

#### GRUPO 14

No pienso mucho acerca de tratar de controlar comer cosas que en realidad no deseo.

ALGUNAS VECES pienso acerca de tratar de controlar mi urgencia por comer.



MUCHAS VECES paso mucho tiempo pensando acerca de cuanto comí o acerca de tratar de no comer más.

SIEMPRE o CASI SIEMRPE estoy pensando en “comer o no comer”. Siento que vivo para comer.

#### GRUPO 15

No pienso que la comida sea “lo más importante”.

Tengo antojos fuertes de comida, pero sólo por periodos cortos de tiempo.

HAY DÍAS que parece que no puedo pensar en otra cosa que no sea la comida.

LA MAYORÍA DE LOS DÍAS estoy preocupado acerca de la comida. Siento como si viviera para comer.

#### GRUPO 16

SIEMPRE o CASI SIEMRPE puedo distinguir si estoy físicamente hambriento o no. Como lo suficiente como para satisfacerme.

A VECES me siento inseguro de saber si estoy físicamente hambriento o no. Cuando pasa esto me es difícil saber que tanto debo comer para satisfacerme.

Aunque pienso que debería saber cuántas calorías debo comer, no tengo ni la menor idea de cuales es la cantidad normal de comida para mí.

Anexo 4

**Escala de Estrés Percibido, versión abreviada. EEP10**

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a o estresado/a?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro/a sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar	0	1	2	3	4



todas las cosas que tenía que hacer?					
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado/a porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4