

Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica

Prevalence of Binge Eating Disorder signs in overweight and obese adults, Costa Rica

Ana Laura Castro Coronado¹, Ana Lucía Ramírez Brenes²

1 Licenciatura en Nutrición Humanacc.analaura@gmail.com

2 Licenciatura en Nutrición Humanarb.analucia@gmail.com

Recibido: 14 enero 2013 Aprobado: 27 febrero 2013

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de manifestaciones asociadas al Trastorno por Atracón en población adulta con sobrepeso y obesidad.

Método: Estudio descriptivo transversal en 158 pacientes de 23 a 64 años (125 mujeres y 33 hombres) que asistieron durante abril-mayo del 2012 a la Consulta Grupal para Pacientes con Enfermedades Crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes, del Área de Salud de Coronado. Se recolectaron tanto datos sociodemográficos como antropométricos y se aplicó la versión revisada del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QEWPR). A partir de este instrumento se determinó la prevalencia de Patrones de Sobrealimentación característicos del trastorno (Episodios de Sobrealimentación, Episodios de Atracón, Síndrome del Atracón, Síndrome del Atracón y Distrés y Trastorno por Atracón). El análisis descriptivo y estadístico de la información comprendió el cálculo de medidas de tendencia central y pruebas de independencia entre variables.

Resultado: Se determinó una prevalencia de manifestaciones asociadas al Trastorno por Atracón de 33,5%. Un 48,2% presenta Episodios de Sobrealimentación y un 19,2% todas las manifestaciones del Trastorno por Atracón. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre las manifestaciones y el grado de exceso de peso, el sexo y la edad. Sin embargo se asocian significativamente a un mayor distrés y preocupación por el peso y la figura.

Discusión: Se encontró un comportamiento semejante a estudios de prevalencia realizados en Latinoamérica. Esto es una señal de alerta para la detección y tratamiento temprano mediante un equipo multidisciplinario para lograr la restauración de sus patrones alimentarios normales.

Palabras claves: Prevalencia, Trastorno por Atracón, adulto, sobrepeso, obesidad. (fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of Binge Eating Disorder (BED) signs in overweight and obese adults.

Method: Cross-sectional study conducted in 158 patients, ages 23 to 64 years who attended the Group Therapy for Patients with Chronic Diseases: Hypertension and Diabetes in the Área de Salud de Coronado during April-May 2012. Socio-demographic and anthropometric data were collected. The presence of BED and the prevalence of the Patterns of Episodic Overeating (Episodic Overeating, Binge Eating, Binge Eating Syndrome, Binge Eating Syndrome and Distress, and Binge Eating Disorder) were determined using the Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWPR). The descriptive and statistical analyses of the information included the calculation of measures of central tendency and tests of independence between variables.

Result: The overall prevalence of Binge Eating Disorder signs in the adult sample was 33,5%. Episodic overeating was found in 48,2% of the patients and 19,2% reported all the signs associated with this eating disorder. No association emerged between the presence of signs and sex, age or body mass index. The presence of signs was significantly related to a higher level of distress and concern about shape and figure.

Discussion: This study provides results that are very similar to the ones of prevalence studies conducted in Latin America. It also proves the necessity of an earlier detection and better treatment by a multidisciplinary team, in order to restore normal eating patterns.

Key words: Prevalence, Binge Eating Disorder, adult, overweight, obesity. (source: MeSH, NLM)

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud, en la Nota descriptiva N°311: Obesidad y Sobrepeso expone que en el 2008, alrededor de 1500 millones de adultos, en edades de 20 o más años, presentaban sobrepeso. De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. Además, son responsables del 44 % de los casos de diabetes, el 23 % de las cardiopatías isquémicas y entre el 7 % y el 41 % de algunos tipos de cáncer. El exceso de peso constituye el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo, reportándose aproximadamente 2,8 millones de fallecimientos por año.

En Costa Rica, la Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 publicada por el Ministerio de Salud, evidencia un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los grupos etarios, en comparación con la encuesta de 1982 y 1996. Se registra una prevalencia de 59,7 % en mujeres de 20-44 años y de 77,3 % en mujeres entre 45-64 años. Por su parte, la prevalencia en hombres de 20-64 años es de 62,4 %. Debido a esta problemática el Ministerio de Salud propone la implementación de un plan de acción integral, mediante la colaboración de los diferentes actores sociales, para lograr un abordaje exitoso de la obesidad en la población.

El Trastorno por Atracón (TA) se caracteriza por episodios recurrentes de sobre-ingesta, acompañados de fuertes sentimientos de descontrol (1) y se diferencia de la Bulimia Nerviosa por la ausencia de conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso. Se clasifica dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE) y es el único de éstos que cuenta con una serie de criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Los atracones pueden desencadenarse por restricción alimentaria severa, sensación fisiológica de hambre y estados de ánimo negativos (2).

Los criterios diagnósticos del TA según el DSM-IV(3) son los siguientes:

A. Episodios recurrentes de atracón, caracterizados por:

1. Ingerir en un corto período de tiempo (aproximadamente dos horas) una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en ese mismo intervalo de tiempo.
2. Tener la sensación de pérdida de control.

B. Presentar al menos tres de las siguientes características:

1. Comer más rápidamente de lo normal.
 2. Ingerir alimentos hasta sentirse muy lleno.
 3. Consumir grandes cantidades de alimentos inclusive sin la sensación fisiológica de hambre.
 4. Comer cuando se encuentra solo debido a que se avergüenza por la cantidad de alimento que está consumiendo.
 5. Sentimiento de culpabilidad, disgusto y depresión luego del episodio de atracón.
- C. Presentar un distrés marcado.

D. Los episodios recurrentes de atracón deben presentarse al menos dos veces a la semana en un período de seis meses.

E. No está asociado al uso de mecanismos compensatorios y no ocurre exclusivamente durante el curso de la Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa. Las manifestaciones asociadas al TA se agrupan en los Patrones de Sobrealimentación, descritos por Robert Spitzer y definidos según los criterios diagnósticos del DSM-IV presentados anteriormente: Episodios de Sobrealimentación (Criterio A1), Episodios de Atracón (Criterio A1-A2), Síndrome del Atracón (Criterio A-B), Síndrome del Atracón y distrés (Criterio A-B-C) y Trastorno por Atracón (Criterio A-B-C-D) (4).

El descontrol es el eje central de los atracones, éste ocasiona que la ingesta sea rápida, a veces sin apetito, principalmente a solas, hasta que se alcanza una sensación incómoda de saciedad. Por último, se identifica un sentimiento de culpabilidad, disgusto y depresión, que refleja un distrés por la presencia del trastorno, asociándose a mayor psicopatología y gravedad del mismo (5).

Por otra parte, el concepto de sobrevaloración del peso y la figura, se refiere a la importancia de ambos factores en el esquema de una persona para autoevaluarse. En el modelo cognitivo conductual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, esta sobrevaloración refleja pensamientos negativos hacia el individuo mismo, así como baja autoestima y fluctuaciones en el estado de ánimo (6).

La preocupación por el peso y la figura se plantea como una posible manera de diferenciar pacientes con TA de aquellos en los que no hay evidencia de un trastorno (7). Además, permite detectar los casos más severos, debido a que los mismos se caracterizan por niveles de psicopatología más altos e impedimentos mayores a la hora de ejecutar labores cotidianas, en comparación con aquellos individuos cuyo cuadro es menos severo (8, 9). Inclusive, debido a la asociación

existente entre la preocupación por el peso y la figura con el Trastorno por Atracón, se está pensando incluirla ya sea como criterio diagnóstico del mismo, o bien considerarla como un factor a tomar en cuenta cuando se esté realizando la valoración de un caso (6).

Como parte de los criterios diagnósticos, la presencia de un distrés marcado en las personas con TA significa que esta población siente un grado de decepción elevado por haber comido de más y por la sensación de no poder parar de comer o controlar la cantidad de alimento ingerido (10-12). Es importante detectar esta decepción porque podría estar asociada a ciertas características como mayor presencia de psicopatología, estrés y niveles de depresión más altos (10,12, 13). Este estrés es un factor determinante en el surgimiento y mantenimiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

En el caso específico del TA, algunos investigadores sugieren que factores emocionales y psicológicos pueden llevar a una persona a intentar calmar dichas sensaciones a través de la comida. En este caso, donde el motivo de la frustración es precisamente el hecho de no poder mantener un patrón alimentario adecuado, la persona suele sentir un mayor disgusto consigo misma, se puede incrementar el estrés que presenta ante esta situación y así favorecer la aparición de futuros episodios (12, 14).

Por otro lado, el distrés es un indicador de la severidad del trastorno, descubriéndose que independientemente del grado de obesidad presentado por una persona, aquellos con puntajes superiores en las escalas diseñadas para medir el grado de distrés, son los que mantienen comportamientos de atracones más severos y calificaciones superiores en las escalas de depresión. Además, tienen menor autoestima y problemas interpersonales más marcados, que les impiden desarrollarse adecuadamente en la sociedad (11).

En 1992 y 1993, se determinó una prevalencia de 3,3 y 2 % respectivamente en Estados Unidos. En Australia se precisó que el 1 % de la población presentaba el trastorno. En estudios realizados en poblaciones femeninas en Francia, Noruega y Austria, se estableció una prevalencia de 0,7; 3,2 y 3,3 % respectivamente (15).

La obesidad es evidente en 65 % de los individuos que lo presentan y la misma se incrementa con la evolución del trastorno y el escaso tratamiento que se les provee a estos pacientes (2). El TA es el desorden más frecuente en personas con un Índice

de Masa Corporal (IMC) mayor a 25 kg/m² (16). En Latinoamérica, los estudios realizados en Brasil durante el 2002-2010, identificaron que en población inscrita en programas para la pérdida de peso, la prevalencia del TA es 16-51,6 % (17).

Actualmente se desconoce la prevalencia de este trastorno en Costa Rica, por lo reciente que ha sido su definición como cuadro individualizado de otros síndromes. Al considerar que el mismo se encuentra asociado a la obesidad, que a su vez aumenta el riesgo de padecer Enfermedades Crónicas y reduce la esperanza de vida de las personas, es que surge la necesidad de comprender su importancia clínica.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado en 158 adultos (33 hombres y 125 mujeres) entre 20-64 años, con sobrepeso y obesidad (IMC mayor a 25 kg/m²) que asistieron a la Consulta Grupal para Pacientes con Enfermedades Crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes del Área de Salud de Coronado, durante el periodo comprendido entre el 10 de abril y el 24 de mayo del 2012. Se utilizó una muestra seleccionada por conveniencia para captar la mayor cantidad de personas y que además accedieran a completar la versión revisada del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso (QWEP-R).

El QWEP-R fue desarrollado por Robert Spitzery colaboradores según los criterios establecidos por el DSM-IV y puede identificar individuos con episodios de atracón recurrentes que presentan un sentimiento de descontrol y culpa, en ausencia de conductas compensatorias típicas de la Bulimia Nerviosa (4). Las preguntas iniciales cubren datos sociodemográficos, se registra el peso y talla actual e historia de sobrepeso del paciente. Además, este cuestionario indaga sobre comportamientos relacionados con la alimentación, frecuencia de episodios de sobre-ingesta, su duración y sensaciones de decepción, depresión y culpabilidad que se puedan estar presentando luego de los mismos. Posteriormente se registra la presencia o ausencia de conductas compensatorias (vómito, ejercicio excesivo y uso de diuréticos y/o laxantes) (4).

Durante la recolección de datos, primeramente se ejecutó la toma de medidas antropométricas, empleando técnicas de medición según las especificaciones de la Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría (ISAK) (18). Se utilizó una Balanza y Tallímetro marca Health o Meter, capacidad máxima de 200 kilogramos y sensibilidad de 100 gramos. Posteriormente se solicitó a los pacientes

completar el QWEP-R.

La prevalencia de manifestaciones asociadas al trastorno se precisó mediante la clasificación en los Patrones de Sobrealimentación (4). Se realizó el cálculo de frecuencias y medidas de tendencia central a través de Excel y SPSS. Por último, se determinaron asociaciones entre variables mediante las pruebas de independencia Chi-Cuadrado y ANOVA, empleando como referencia un 95 % de confianza.

Algunas personas no respondieron varios ítems del cuestionario. Aquellas preguntas que no fueron completadas por la mayoría de la población se descartaron del análisis.

RESULTADOS

Con respecto a las características demográficas evaluadas, se encontró que de los 158 pacientes, 33 eran hombres (20,9 %) y 125 eran mujeres (79,1 %). Sus edades estuvieron comprendidas entre los 23 y los 64 años, con un promedio de 51,8 años y una desviación estándar de 9,3 años. La mayoría presentó un nivel académico bajo (76 %) y diagnóstico de Hipertensión Arterial (55,7 %).

El rango de Índice de Masa Corporal identificado osciló entre 25,0 kg/m² y 48,9 kg/m², predominando los casos de Sobrepeso y Obesidad I en un 32,9 % y un 33,5 % respectivamente. La media aritmética de este indicador es de 33,0 kg/m², con una desviación estándar de 5,1 kg/m².

Para un 67,0 % de los 153 pacientes que brindaron una respuesta, el peso y la figura son considerados como factores influyentes en su valoración de sí mismos, en comparación con otros aspectos de su vida (desempeño en el trabajo, relaciones personales, entre otros). Para un 62,0 % de los que presentaron las manifestaciones asociadas al TA, ambos representan características de elevada importancia. Al ejecutar una prueba estadística Chi-Cuadrado se logró comprobar una relación positiva entre la presencia de las mismas y el nivel de influencia ejercido por el peso y la figura ($P=0,0047$).

La prevalencia de manifestaciones asociadas al Trastorno por Atracón encontrada resultó ser de un 33,5 %, es decir aproximadamente un tercio de la población encuestada. Un 66,5 % no reportó la presencia de las mismas. La distribución de los Patrones de Sobrealimentación que agrupan las manifestaciones antes mencionadas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la población según Patrón de Sobrealimentación, Área de Salud de Coronado, Costa Rica, abril-mayo 2012

Patrones de sobrealimentación	n	%
Episodios de Sobrealimentación	25,0	48,2
Episodios de Atracón	8,0	15,4
Síndrome del Atracón	7,0	14,5
Síndrome del Atracón y Distrés	2,0	3,8
Trastorno por Atracón	10,0	19,2
TOTAL	52,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De la tabla anterior se resalta que un 48,2 % de las personas presentan Episodios de Sobrealimentación. Asimismo, un 19,2 % de los pacientes reúnen todas las manifestaciones del Trastorno por Atracón. Los Episodios de Atracón se encontraron de manera aislada en 8 personas (15,4 %). Además, forman parte de los otros patrones (Síndrome del Atracón, Síndrome del Atracón y Distrés y Trastorno por Atracón), por lo que en total se contaría con 27 personas que los padecen (43,9 %).

En la tabla 2, se puede observar que la mayoría de las personas con manifestaciones asociadas al Trastorno por Atracón presentan niveles de decepción elevados por comer de más. Si se procede a realizar una prueba Chi-Cuadrado con las variables presentadas, esta resulta significativa ($P=0,049$).

En este caso, predominan tanto niveles moderados como elevados de decepción en las personas con manifestaciones del trastorno. En ambas situaciones, los pacientes sin manifestaciones reportaron no sentirse decepcionados del todo o mostraron en su mayoría niveles moderados.

Tabla 2. Distribución de la población de acuerdo al nivel de decepción por haber comido de más y sensación de pérdida de control al comer según la presencia de manifestaciones asociadas al Trastorno por Atracón, Área de Salud de Coronado, Costa Rica, abril-mayo 2012

Clasificación	Nivel de decepción (n)			Total
	Nada	Moderado	Demasiado	
Comieron de más				
Presencia de manifestaciones	9	19	23	51
Ausencia de manifestaciones	52	32	17	101
Pérdida de control al comer				
Presencia de manifestaciones	13	19	19	51
Ausencia de manifestaciones	61	33	9	103

Fuente: Elaboración propia.

De las personas que presentaron atracones, 21 reportaron la sensación de disgusto, depresión y culpa posterior a dichos episodios. Por su parte, la rapidez al comer y el sentimiento de saciedad incómoda estuvieron presentes cada una en 18 pacientes. El comer sin sensación fisiológica de hambre se detectó en 17 personas y la preferencia por hacerlo a solas en 9 individuos.

Es necesario aclarar que estas características se analizaron únicamente para las personas identificadas con los siguientes patrones: Episodio de Atracón, Síndrome del Atracón, Síndrome del Atracón y Distrés y Trastorno por Atracón, quienes en total eran 27 de los 52 pacientes.

En lo concerniente a las características de los episodios de atracón, se encontró que la mayoría los presentan por las mañanas, en un horario de 8 AM a 12 MD, con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana en casi la mitad de los casos (44,4 %). Por otra parte, el tiempo promedio comprendido entre el último alimento ingerido y el episodio de atracón fue de $1,9 \pm 1,1$ horas.

En promedio las personas presentaron atracones durante $2,2 \pm 1,4$ horas. Durante dichos episodios, se reportó el consumo de los siguientes alimentos: fresco de paquete, helados con barquillos, dulces y queque, golosinas, arroz con leche, frutas, alimentos dulces, harinas, cereal, arroz, frijoles, pan con natilla, pan con queso, salchichón, huevo, tortilla, galletas, snacks, palomitas, chocolates, bebidas gaseosas, comida rápida y golosinas saladas.

El rango de edad en que las personas encuestadas presentaron por primera vez un episodio de atracón se ubicó entre los 16,0 y los 57,0 años. La edad promedio

fue de $37,3 \pm 11,0$ años.

Con respecto a la relación entre la presencia de manifestaciones asociadas al TA y las variables demográficas estudiadas, se determinó mediante una Análisis de Varianza (ANOVA) que no existe evidencia suficiente para afirmar la influencia de la edad sobre la presencia de dichas manifestaciones ($P=0,450$). Además, utilizando la prueba estadística Chi-Cuadrado se precisó que no hay relación entre el sexo ($P=0,0775$) o el Índice de Masa Corporal ($P=0,212$) y la presencia de estas manifestaciones.

DISCUSIÓN

Las diferencias con respecto a la prevalencia encontrada en otros estudios, pueden justificarse en la variabilidad de las características que conformaron las diferentes muestras (17).

Se destaca la aparición de episodios de atracón y distrés marcado, acompañados en la mayoría de los casos por sensaciones de disgusto, depresión y culpa. Por otro lado, estas personas catalogaron el peso y la figura como aspectos de gran relevancia en sus vidas, lo que les generaba mayores impedimentos a la hora de ejecutar labores cotidianas. Dichos resultados son similares a lo encontrado en otros estudios (9,17) y permitieron identificar un comportamiento alimentario inadecuado, acompañado de emociones negativas, cuya persistencia a través del tiempo podría ser perjudicial para la salud.

Los alimentos ingeridos durante el atracón fueron altos en grasa y carbohidratos simples, pero limitados en proteína. La preferencia estuvo dada por su sabor, sensación de palatabilidad y bajo costo económico (19,20). La frecuencia de atracones reportada por los pacientes, se apega a la frecuencia mínima estipulada en el DSM-IV y es similar a la encontrada en otras poblaciones semejantes, no obstante difieren en los horarios (8, 21, 22). Lo anterior puede estar relacionado con los estilos de vida de la población en estudio, principalmente mujeres, que permanecen en su casa y se dedican a las labores del hogar, incluyendo la preparación de las comidas, y una vinculación con la disponibilidad de alimentos que poseen una alta densidad energética.

La falta de asociación entre las variables edad y el sexo, podría deberse a que la población masculina se

cita en menor cantidad y además presenta un mayor ausentismo. Es decir que se favorecía la asistencia de féminas mayores a 50 años. Considerando que el inicio de los episodios de atracón se dio durante la vida adulta, contrario a lo observado para otros trastornos caracterizados por un inicio de la sintomatología durante la infancia o la adolescencia (23, 24); esto podría estar relacionado a una exposición sostenida a factores de riesgo y a emociones negativas propios del estilo de vida de los participantes (25); lo que puede verse reflejado en el grado de decepción por los episodios de sobre-ingesta y pérdida de control que no mostraron estar asociados al sobrepeso sino a la psicopatología del trastorno en sí (26). Aunado a la no asociación entre el IMC y la presencia de manifestaciones asociadas al TA,

Los resultados permiten ampliar el panorama de los factores que influyen el abordaje de la obesidad y el reconocimiento del Trastorno por Atracón sobre la calidad de vida de las personas. Este es un acercamiento a la prevalencia de las manifestaciones asociadas a este desorden en una población con exceso de peso y la necesidad de un tratamiento multidisciplinario.

LIMITACIONES

El cuestionario no ha sido validado en Costa Rica. No se realizó un diagnóstico específico de la enfermedad ni el abordaje de los casos. Asimismo al estudiar una muestra seleccionada por conveniencia estos datos no pueden ser generalizados a todos los pacientes con exceso de peso.

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES Y ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación no fue patrocinada por terceros y no existen conflictos de interés por parte de las instituciones o personas involucradas. El protocolo de investigación fue avalado por el Comité Local de Bioética del Área de Salud de Coronado y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

Los participantes firmaron un consentimiento informado al ser encuestado y su anuencia para el uso de su información, para lo que se respetó a todas las personas y su privacidad. No se incurrió en discriminación de género, cultura y etnia. Los resultados obtenidos no fueron utilizados posteriormente en perjuicio del paciente ni del Área de Salud de Coronado.

REFERENCIAS

1. Hsu L, Mulliken B, McDonagh B, Krupas S, Rand W, Fairburn C. et al. Binge eating disorder in extreme obesity. *International Journal of Obesity* 2002; 26 (10): 1398–1403.
2. Yager J. Binge Eating Disorder: The Search for Better Treatments. *Am J Psychiatry* 2008; 165(1): 4-6.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. 4 ed. Virginia: Amer Psychiatric Pub; 2000.
4. Spitzer R, Devlin M, Walsh T, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria. *International Journal of Eating Disorders* 1992; 11(3): 191-203.
5. Grilo C, White M. A Controlled Evaluation of the Distress Criterion for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(4): 509-514.
6. Goldschmidt A, Hilbert A, Manwaring J, Wilfley D, Pike K, Fairburn C, et al. The Significance of Overvaluation of Shape and Weight in Binge Eating Disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 2009; 48(3): 187-193.
7. Ramacciotti C, Coli E, Passaglia C, Lacorte M, Pea E, Dell'Oso L. Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research* 2000; 94: 131-138.
8. Borges B, Jorge M, Morgan C, Xavier D, Custódio, O. Binge-Eating Disorder in Brazilian Women on a Weight Loss Program. *Obesity Research* 2001; 10(11): 1127-1134.
9. Wonderlich S, Gordon K., Mitchell J, Crosby R, Engel S. The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders* 2009; 42: 687-705.
10. Spitzer L, Devlin M, Walsh T, Hasin D, Wing R, Marcus M et al. Binge eating disorder: to be or not to be. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10(6): 627-629.
11. Didie E, Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors* 2005; 6: 35-41.
12. White M, Grilo C. Diagnostic Efficiency of DSM-IV Indicators for Binge Eating Episodes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(1): 75-83.
13. Berkman N, Lohr K, Bulik, C. Outcomes of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40(4): 293-309.
14. Cameron M, Maguire R, Mc Cormack J. Stress-Induced Binge Eating: A Behavior Analytic Approach to Assessment and Intervention. *Journal of Adult Development* 2011; 18(2): 81-84.
15. Dingemans A, Bruna M, van Furth E. Binge Eating Disorder: a review. *International Journal of Obesity* 2002; 26 (3): 299-307.
16. Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Van der Linden M, Golay A. Acceptance and Efficacy of a Guided Internet Self-Help Treatment Program for Obese Patients with Binge Eating Disorders. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2011; 7: 8-18.
17. Amorim M, Higa G, Mari J, Medeiros A. A review of

- Latin American studies on Binge Eating Disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2011; 33(1): S95-S108.
18. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, de Ridder H. International standards for anthropometric assessment. Lower Hutt: ISAK: 2011.
19. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79: 6-16.
20. Castillo L, Alvarado A, Sánchez M. Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública* 2006; 15(28): 1409-1429
21. Yanovski S, Leet M, Yanovski J, Flood M, Gold P, Kissileff H et al. Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1992; 56: 975-980.
22. Colles S, Dixon J, O'Brien P. Loss of control is a central to psychological disturbance associated with Binge Eating Disorder. *Obesity Journal* 2008; 16(3): 608-614.
23. Morales M, Ramírez W, Ureña M, Sevilla A, Umaña P, Chaves P. Anorexia y bulimia: caracterización y sistematización de la experiencia de intervención de una Clínica de Adolescentes. *Actapediátr. Costarric* 2002; 16(3): 93-108.
24. Mitchell J, Devlin M, Zwaan M, Crow S, & Peterson C. Binge eating disorder: Clinical foundations and treatment. Nueva York: Guilford Press: 2008.
25. Harvard Medical School. Eating disorders in adult women. *Harvard Mental Health Letter* 2012; 28(9): 1-4.
26. Goldschmidt A, Le Grange D, Powers P, Crow S, Hill L, Peterson C, et al. Eating disorder symptomatology in normal-weight vs obese individuals with Binge Eating Disorder. *Obesity* 2011; 19: 1515-1518.