

## Malestar psicológico en mujeres con obesidad con y sin riesgo de trastorno alimentario

### *Psychological distress in obese women at risk and non-risk for eating disorder*

Custodio, Jesica<sup>1,2</sup>

Murawski, Brenda<sup>1,2</sup>

Elizathe, Luciana<sup>1,2</sup>

Rutzstein, Guillermina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), Argentina.

Correspondencia: lic.jesicacustodio@gmail.com

**Resumen:** La Organización Mundial de la Salud plantea que las tasas de incidencia y prevalencia de obesidad están alcanzando cifras alarmantes a nivel mundial. A su vez, esta enfermedad trae aparejadas importantes consecuencias a nivel físico, psicológico y social. Una de las complicaciones más habituales en el tratamiento de la obesidad es que suele coexistir con trastornos alimentarios y está asociada a un intenso malestar psicológico. Trabajos previos han comparado pacientes con obesidad con y sin trastorno alimentario, mostrando que los primeros exhiben tasas más elevadas de malestar psicológico en relación con quienes sólo presentan obesidad. El objetivo del estudio es identificar riesgo de trastorno alimentario (tales como Trastorno por Atracón, Bulimia Nerviosa o Síndrome de Comedor Nocturno) en mujeres con diagnóstico de obesidad y comparar los niveles de malestar psicológico entre aquellas pacientes con y sin riesgo de trastorno alimentario. La muestra de tipo incidental está conformada por 65 mujeres entre 18 y 65 años de la ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de obesidad según los criterios de la Organización Mundial de la Salud en etapa inicial de tratamiento para esta enfermedad. Las participantes completaron voluntariamente las Sub-escalas de riesgo del Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) y el Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90). Se conformaron dos grupos: pacientes con riesgo de trastorno alimentario (grupo RTA) y pacientes sin riesgo de trastorno alimentario (grupo NRTA). Los resultados del estudio revelan que el 50.8% de la muestra presentó riesgo de trastorno alimentario. Se compararon ambos grupos respecto al malestar psicológico y se hallaron diferencias significativas en todas las sub-escalas del SCL-90-R así como en el Índice Global de Severidad. Es llamativo el alto porcentaje de riesgo de trastorno alimentario en mujeres con obesidad. Asimismo, el elevado nivel de malestar psicológico en pacientes con obesidad que presentan riesgo de trastorno alimentario da cuenta de la necesidad de realizar tratamientos específicos que incluyan estos factores, en tanto pueden interferir en el tratamiento de la obesidad y afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes.

**Abstract:** The World Health Organization raises that the incidence and prevalence of obesity rates are reaching alarming levels in most countries. This disease has important physical, psychological and social consequences. One of the most common complications in obesity treatment is that it usually co-exists with eating disorders and intense psychological distress. Previous studies have compared obese patients at risk and non-risk for eating disorder, showing that obese patients at risk have higher levels of psychological distress compared to those who are only obese. The aim of the study is to identify risk of eating disorder (such as Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa and Night Eating Syndrome) and then compare psychological distress in obese patients at risk and non-risk for eating disorder. The opportunity sample included 65 obese women (according to World Health Organization criteria) aged 18 to 65 from Buenos Aires. Patients were in the initial stage of obesity treatment. They voluntarily completed the three subscales of risk of Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) and the Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90). Two groups were formed: patients at risk for eating disorder (RED group) and patients at non-risk for eating disorder (NRED group). The 50.8% of the sample was at risk for eating disorder. Both groups were compared with respect to psychological distress and significant differences were found in all sub-scales of SCL-90-R as well as in the Global Severity Index. The high percentage of risk of eating disorder in obese women is striking. Eating disorders and psychological distress could interfere in treatment as well as affect seriously quality of life of obese patients. Also, high levels of psychological distress in obese patients that present risk of eating disorder indicate the need of specific treatment that includes these factors.

**Palabras clave:** Obesidad, Trastorno Alimentario, Malestar Psicológico, Mujeres.

**Keywords:** Obesity, Risk Of Eating Disorder, Psychological Distress, Women

## 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad como “*una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud*” considerándola la epidemia del siglo XXI [1]. Por tal motivo, esta patología se ha convertido en un problema sanitario de primera magnitud, y los costos de los servicios de salud derivados de su tratamiento y las complicaciones asociadas se ha incrementado considerablemente [2, 3].

La etiología de la obesidad es heterogénea dada la multiplicidad de posibles variables causales identificadas. Sin embargo, la literatura coincide en que, en la mayoría de los casos, suele responder a un exceso de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo siendo esto resultado de una falta de balance entre calorías ingeridas y gastadas. Entre las causas principales de este exceso de energía se puede citar el menor gasto energético producto del sedentarismo creciente y la mayor ingesta energética resultado del incremento en el consumo de alimentos altamente calóricos [4-7].

En concordancia con las estadísticas a nivel mundial, en Argentina en el año 2013 se identificó que el 37.1% de la población presentaba sobrepeso y el 20.8% obesidad [8]. Si además se consideran los datos epidemiológicos recabados en los últimos diez años, se evidencia un ininterrumpido crecimiento de las tasas de sobrepeso y obesidad en Argentina [9-11].

Actualmente, la obesidad es considerada una enfermedad [12]. No obstante, muchos estudios indican que es además un factor de riesgo para el desarrollo de ciertas patologías tales como síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, diversos tipos de cáncer, apnea obstructiva, problemas respiratorios, artritis, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares [13-16].

Si bien estos factores han contribuido al diseño de tratamientos específicos para la obesidad, varios estudios señalan que su eficacia es limitada, por lo menos a largo plazo [17]. Una de las posibles razones de este fenómeno, es la presencia de trastornos mentales en las personas con obesidad, siendo muy frecuentes los trastornos alimentarios. En este sentido, varios estudios dan cuenta de la importante asociación que existe entre obesidad y estas psicopatologías [18, 19]. Algunas investigaciones refieren que la obesidad además de ser una enfermedad es un factor de *riesgo de trastorno alimentario*, es decir, implica la presencia de características que incrementan la posibilidad de desarrollar bulimia nerviosa, trastorno por atracón o síndrome de comedor nocturno [20]. Sin embargo, otros trabajos plantean una relación inversa refiriendo que presentar un trastorno alimentario podría ser factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad al existir patrones de alimentación alterados tales como atracones y picoteo que pueden conducir a un incremento del peso [21, 22]. Frente a estos planteos, algunas investigaciones refieren que en realidad obesidad y trastornos alimentarios podrían considerarse parte de un espectro de desórdenes del peso y de la alimentación ya que ambas patologías comparten una serie de factores de riesgo comunes [23, 24].

Por otra parte, numerosos estudios también han dado cuenta de la presencia de un elevado nivel de malestar psicológico en pacientes con obesidad [25-28]. El *malestar psicológico* es un concepto amplio que implica un vasto rango de problemas psicológicos y sintomatología psicopatológica reflejada en distintas dimensiones [29, 30]. Esto deja de manifiesto, entre otras cosas, la importancia de no desatender el estigma social que la enfermedad conlleva ya que las personas con obesidad se ven atravesadas por prejuicios, discriminación y aislamiento social pudiendo esto afectar su bienestar psicológico [31-33].

A su vez, algunos trabajos han comparado pacientes con obesidad con y sin trastorno alimentario, mostrando que los primeros exhiben tasas más elevadas de malestar psicológico en relación con quienes sólo presentan obesidad [34-36]. Sin embargo, es escasa la literatura que aborda este tema en Argentina. La presencia de trastorno alimentario y malestar psicológico en personas con obesidad no sólo implica una mayor severidad clínica sino además un peor pronóstico, por lo cual sería fundamental identificar ambas cuestiones antes de iniciar un tratamiento orientado al descenso de peso. Conocer qué características diferencian a las mujeres con obesidad con y sin riesgo de trastorno alimentario permitiría diseñar estrategias terapéuticas específicas para esta población.

## 2. Objetivo

El objetivo principal de este trabajo es identificar riesgo de trastorno alimentario en mujeres entre 18 y 65 años con diagnóstico de obesidad que se encuentran en etapa inicial de tratamiento para esta enfermedad, y luego comparar malestar psicológico entre aquellas mujeres con y sin riesgo.

## 3. Método

### 3.1. Participantes

Se trató de un estudio no experimental de tipo transversal con alcance descriptivo y de comparación de grupos. Se realizó un muestreo no probabilístico e intencional dado que se evaluó únicamente a aquellas mujeres entre 18 y 65 años que accedieron voluntariamente a participar de la investigación, con previa autorización de la institución pública participante. Se evaluó un total de 65 pacientes con obesidad.

Los criterios de inclusión para participar del estudio fueron: 1) ser mujer entre 18 y 65 años de edad; 2) presentar diagnóstico de obesidad (Índice de Masa Corporal [IMC]  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) según los criterios de la OMS; 3) estar iniciando un tratamiento por dicha patología en alguna institución asistencial pública especializada de Buenos Aires, y 4) presentar el consentimiento informado donde queda de manifiesto haber aceptado participar del estudio. Los criterios de exclusión para participar del estudio fueron: 1) datos incompletos en el protocolo administrado, y 2) presentar problemas de comprensión, comunicación y/o cognitivos graves informados por la institución pública que realiza la admisión previa a iniciar el tratamiento.

### 3.2. Instrumentos

Las participantes completaron los siguientes instrumentos autoadministrables:

*Cuestionario sociodemográfico*: este cuestionario auto-administrado permitió caracterizar a la muestra en función de aspectos sociodemográficos tales como sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, situación laboral, nivel educativo y nivel socio-económico.

*Sub-escalas de riesgo del Eating Disorder Inventory-3* [EDI- 3; 37, 38]: es un cuestionario multidimensional auto-administrable que evalúa aspectos cognitivos y conductuales de los trastornos alimentarios. Está conformado por 12 sub-escalas que organizan a 91 ítems. En este estudio se administraron tres sub-escalas específicas denominadas de riesgo (*Búsqueda de delgadez*, *Bulimia* e

*Insatisfacción corporal*) compuestas por 25 ítems que evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. El autor refirió que estas tres sub-escalas pueden aplicarse independientemente con el fin de identificar sujetos en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Cada ítem se puede responder con las siguientes seis posibilidades: nunca, casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre y siempre (escala tipo Likert). El rango de puntuación es de 0 a 4. Se considera que una persona se encuentra en riesgo cuando presenta un puntaje igual o superior al punto de corte establecido para *Búsqueda de delgadez* y/o *Bulimia* (según edad e IMC) y/o *Insatisfacción corporal* alta [37].

*Symptoms Checklist-90-Revised* [SCL-90-R; 29, 30]: es un cuestionario de auto-informe que evalúa patrones de síntomas en individuos. Consta de 90 ítems que se agrupan en nueve dimensiones primarias (*ansiedad, depresión, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, y hostilidad*) y el *Índice Global de Severidad* -que es un buen indicador de la severidad del malestar psicológico general al combinar cantidad de síntomas actuales con intensidad del malestar percibido-. El SCL-90-R tiene cinco opciones de respuesta en una escala Likert: nada, muy poco, poco, bastante y mucho. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad. El sistema de puntuación consiste en calcular las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices. Luego, se suman los valores asignados a cada ítem y se divide ese total por el número de ítems respondidos.

### 3.3. Procedimiento

Inicialmente, se solicitó autorización a las autoridades de la institución especializada en el tratamiento de la obesidad en la cual se llevó a cabo el estudio informándoles el objetivo del mismo. Asimismo, todas las mujeres que participaron del estudio también fueron informadas acerca del objetivo. Se les aseguró el carácter confidencial de la información recabada y el carácter voluntario de su participación. Además, conforme a los principios éticos vigentes, se solicitó a todas las participantes la firma de un consentimiento informado como condición excluyente para formar parte en esta investigación. Se comunicó que cualquier sujeto podía abandonar la investigación en el momento que lo deseara. Dado el carácter y tipo de información solicitada a los participantes, no hubo posibilidad de daño en relación con las características de la evaluación. Seguidamente, las participantes completaron los cuestionarios autoadministrables agrupadas en una sala de la institución donde solicitaron tratamiento, bajo la supervisión de dos psicólogas entrenadas en evaluación psicológica. A lo largo de este proceso, se respondieron consultas. Los datos antropométricos (peso, altura e IMC) fueron provistos por la institución en la cual las pacientes iniciaban el tratamiento.

Para identificar la presencia de riesgo de trastorno alimentario, se utilizaron los puntos de corte de las sub-escalas *Búsqueda de delgadez* y *Bulimia* (ajustados por edad e IMC) y los rangos cualitativos (categoría alta) de la sub-escala *Insatisfacción corporal* del EDI-3. Se conformaron entonces dos grupos de comparación: 1) mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología con riesgo de trastorno alimentario (grupo RTA), y 2) mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología sin riesgo de trastorno alimentario (grupo NRTA).

### 3.4 Análisis de datos

Para el procesamiento estadístico de la información, se generaron bases de datos específicas con el paquete estadístico SPSS (Statistics Package for the Social Sciences) para Windows en su versión 20.0 en español.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables que componen este estudio. Luego, se efectuó un análisis de los supuestos de los modelos paramétricos. Ante la presencia de dos outliers, se decidió retirar ambos casos y se evaluó nuevamente la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Seguidamente, se realizó un modelo de Análisis de la Varianza Multivariado (*MANOVA*) para evaluar, de forma global, la interrelación de estas variables. La variable *Grupo* fue incorporada como factor y las *sub-escalas del SCL-90-R* como variables dependientes.

A continuación, para determinar qué sub-escalas presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los grupos considerados, se realizaron pruebas *ANOVA* de un factor con cálculo del *Eta Cuadrado Parcial*. A los efectos de evitar dificultades con el error de Tipo I debido a la utilización de múltiples comparaciones (es decir, derivados de la aplicación de la misma prueba estadística en forma repetida), se utilizó un alfa global corregido mediante el método de Bonferroni para evaluar la significación ( $\alpha = .05/.005$ ).

#### 4. Resultados

En primer lugar, por medio de un análisis descriptivo, se identificó que el 50.8% de la muestra presentó riesgo de trastorno alimentario (RTA,  $n = 33$ ). A continuación, se calculó la edad y el IMC para cada grupo (ver Tabla 1).

Tabla1. *Edad e IMC por grupo (RTA vs. NRTA)*

	RTA $n = 33$ (50.8%)	NRTA $n = 32$ (49.2%)
Variable	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>
Edad	38.06 (9.70)	44.69 (9.93)
IMC	34.76 (3.03)	34.02 (2.99)

Nota: RTA= mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología con riesgo de trastorno alimentario; NRTA= mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología sin riesgo de trastorno alimentario; IMC: índice de masa corporal.

Seguidamente, se realizó un *MANOVA* que fue aplicado a las nueve sub-escalas en su conjunto, excluyendo el *Índice Global de Severidad* que fue analizado aparte. Al tratarse de sólo dos grupos de comparación, todos los test coinciden y son equivalentes al test de *Hotelling*.

A partir de los resultados del test *MANOVA* ( $F = 3.94$ ;  $p = .001$ ;  $\eta^2_p = .40$ ), se pudo concluir (al evaluar las variables de forma global y multivariada) que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el comportamiento de las sub-escalas.

Por último, se procedió a determinar en qué sub-escalas se manifestaban las diferencias mencionadas entre los grupos considerados. Tal como se puede observar en la tabla 2, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas las sub-escalas así como en el *Índice Global de Severidad* entre ambos grupos siendo las mujeres RTA aquellas que presentaron puntuaciones más elevadas.

Tabla 2. *Malestar Psicológico por grupo (RTA vs. NRTA)*

Variable	RTA	NRTA	F	Anovas univariados			
	n = 33 M (DE)	n = 30 M (DE)		g.l.	p	$\eta^2_p$	
Índice Global de Severidad	1.32 (0.68)	0.56 (0.38)	28.63	1	<.001	.32	RTA> NRTA
Somatización	1.55 (0.70)	0.74 (0.52)	26.38	1	<.001	.30	RTA> NRTA
Obsesiones y Compulsiones	1.60 (0.80)	0.73 (0.62)	23.05	1	<.001	.27	RTA> NRTA
Sensibilidad Interpersonal	1.49 (0.96)	0.61 (0.60)	18.59	1	<.001	.23	RTA> NRTA
Depresión	1.71 (0.91)	0.68 (0.54)	29.08	1	<.001	.32	RTA> NRTA
Ansiedad	1.12 (0.72)	0.54 (0.55)	12.77	1	.001	.17	RTA> NRTA
Hostilidad	1.10 (0.90)	0.44 (0.49)	12.62	1	.001	.17	RTA> NRTA
Ansiedad Fóbica	0.76 (0.75)	0.20 (0.31)	14.59	1	<.001	.19	RTA> NRTA
Ideación Paranoide	1.14 (0.94)	0.43 (0.48)	13.58	1	<.001	.18	RTA> NRTA
Psicoticismo	0.88 (0.74)	0.33 (0.35)	13.67	1	<.001	.18	RTA> NRTA

Nota: RTA= mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología con riesgo de trastorno alimentario; NRTA= mujeres adultas con obesidad en etapa inicial de tratamiento por dicha patología sin riesgo de trastorno alimentario; IMC: índice de masa corporal.

## 5. Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue identificar riesgo de trastorno alimentario en mujeres entre 18 y 65 años con diagnóstico de obesidad que se encuentran en etapa inicial de tratamiento para esta enfermedad, y luego comparar malestar psicológico entre aquellas mujeres con y sin riesgo.

A partir de los hallazgos de este trabajo, se evidenció que existe un elevado porcentaje de riesgo de trastorno alimentario en mujeres con obesidad (50.8%). Estos resultados van en la línea de lo hallado en estudios previos que dan cuenta de la importante asociación que existe entre obesidad y trastornos alimentarios [39-41], siendo mayor el riesgo de sufrir estas psicopatologías entre aquellas personas con obesidad en relación a quienes presentan normo-peso. De hecho, en los últimos años las tasas de prevalencia de obesidad en comorbilidad con trastornos alimentarios crecieron en mayor proporción a las tasas de estos cuadros sin comorbilidad [42].

Por otro lado, diversos estudios han comparado pacientes con obesidad con y sin trastorno alimentario, mostrando que los primeros exhiben tasas más elevadas de malestar psicológico en relación con quienes sólo presentan obesidad. Si bien la obesidad no es considerada en sí misma un trastorno mental ni está asociada a una psicopatología específica, varios estudios reconocen no sólo la fuerte asociación que existe entre esta enfermedad y diversos cuadros psicopatológicos [43] sino además el elevado nivel de malestar psicológico cuando se presentan en forma conjunta [34, 44-47]. En el presente estudio, los resultados

mostraron que aquellas pacientes con obesidad que presentaban riesgo de trastorno alimentario en comparación con las que no presentaban riesgo exhibieron niveles más elevados de malestar psicológico. Una posible explicación a esto, sería que la relación entre obesidad y malestar psicológico está mediada por la presencia del trastorno alimentario [48], y la rumiación podría participar como proceso cognitivo esencial asociado a la severidad de la psicopatología [47]. En esta misma línea, un trabajo previo, también halló en todas las sub-escalas del SCL-90-R diferencias estadísticamente significativas (excepto en *psicoticismo*) entre las personas que sólo presentaban obesidad y aquellos que presentaban obesidad y trastorno alimentario [35].

En conclusión, el elevado nivel de malestar psicológico hallado en pacientes con obesidad que presentan riesgo de trastorno alimentario, tanto en este estudio así como también en la literatura especializada, da cuenta de la necesidad de realizar tratamientos específicos que incluyan estos factores, en tanto pueden interferir en el tratamiento de la obesidad y afectar seriamente la calidad de vida de los pacientes.

Si bien algunos estudios hallaron que las intervenciones para perder peso mejorarían la psicopatología relacionada con la ansiedad, la depresión, el funcionamiento psicosocial y las conductas alimentarias, los resultados en el descenso de peso no suelen sostenerse a largo plazo. Incluso, algunos autores señalaron que el tratamiento focalizado en el descenso de peso en personas con obesidad que presentan comorbilidad con un trastorno alimentario podría reforzar las conductas disfuncionales orientadas a la pérdida de peso - como, por ejemplo, la dieta restrictiva- pudiendo agravar los síntomas del trastorno alimentario [17]. Estos resultados deberían alertar a los profesionales involucrados en la prevención y el tratamiento de ambas patologías acerca de la importancia de desarrollar estrategias conjuntas para abarcar esta problemáticas. De hecho, existen estudios en adolescentes que abordan la prevención a partir de intervenciones que consideran factores de riesgo y factores protectores que podrían compartir la obesidad y los trastornos alimentarios [23, 24, 49, 50]. Es esencial la detección temprana de aquellos factores psicológicos que contribuyen tanto al desarrollo y mantenimiento de trastornos alimentarios como obesidad.

Con respecto a las limitaciones del estudio, cabe destacar que al haber utilizado instrumentos de auto-informe no es posible referirse a trastornos alimentarios confirmados y en su lugar se prefiere utilizar el concepto de riesgo de trastorno alimentario. En este sentido, se prevé en próximos estudios incluir una entrevista clínica para poder confirmar la presencia de trastorno alimentario. Asimismo, el uso de instrumentos de auto-informe podría sobreestimar la prevalencia de psicopatología [51]. A partir de los resultados obtenidos y en relación con las líneas futuras de investigación, sería de sumo interés poder indagar si estos mismos resultados se pueden observar en población masculina y en población infanto-juvenil de Buenos Aires.

## 6. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud [OMS]: Nota descriptiva de obesidad y sobrepeso [Internet][consultado el 18 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> 1997
2. Dee A, Kearns K, O'Neill C, Sharp L, Staines A, O'Dwyer V. et al. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. BMC Res Notes 2014; 7(1): 242.

3. Lehnert T, Sonntag D, Konnopka A, Riedel-Heller S, König HH. Economic costs of overweight and obesity. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013; 27(2):105-115.
4. National Heart, Lung and Blood Institute [NIH]: Explore overweight and obesity. Causes [Internet][consultado el 20 de julio de 2016]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes>
5. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]: Obesity: identification, assessment and management, 2014 [Internet][consultado el 20 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/Introduction>
6. Martínez JA, Moreno MJ, Marques-Lopes I, Martí A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis Sas Navarra* 2002; 25(Supl. 1): 17-27.
7. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios [SAOTA] (2010). Guía práctica para el manejo de la obesidad en el adulto [Internet][consultado el 17 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.saota.org.ar/?q=node/77>.
8. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet][consultado el 25 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>.
9. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles [Internet][consultado el 17 abril de 2014]. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10\\_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005\\_informe-breve-final.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf).
10. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Encuesta nacional de nutrición y salud [Internet][consultado el 20 agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>.
11. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Segunda encuesta nacional de nutrición y salud [Internet][consultado el 20 agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/frencuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud [OMS]: Clasificación Internacional de las Enfermedades 10th ed. Madrid: Meditor; 1992
13. Jiang SZ, Lu W, Zong XF, Ruan HY, Liu Y. Obesity and hypertension. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2016; 12(4): 2395-2399.

14. Katchunga PB, Cikomola J, Tshongo C, Baleke A, Kaishusha D, Mirindi P, et al. Obesity and diabetes mellitus association in rural community of Katana, South Kivu, in Eastern Democratic Republic of Congo: Bukavu Observ Cohort Study Results. *BMC Endocr Dis-ord* 2016; 16(1): 60.
15. Hooper RG. The relation between sleep and weight in a suburban sleep center: observations and speculations on apnea and weight. *Nat Sci Sleep* 2016; 8: 315-320.
16. Salaün H, Thariat J, Vignot M, Merrouche Y, Vignot S. Obésité et cancer. *Bull Cancer* 2016; 104(1): 30-41.
17. Peckmezian T, Hay P. A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorders. *J Eat Disord* 2017, 5(1): 15.
18. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2017; 40(2): 255-266.
19. Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, et al. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20(3): 250-254.
20. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'connor ME. Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(6): 509-517.
21. Leite PB, Dâmaso AR., Poli VS, Sanches RB, Silva SGA, Fidalgo JPN, et al. Long-term interdisciplinary therapy decreases symptoms of binge eating disorder and prevalence of metabolic syndrome in adults with obesity. *Nutrition Research* 2017; 40: 57-64.
22. Pernalet ARM, Gutiérrez CAG, Alvarado CJP, Flores DAM, Pérez FAP, Navas HLF, et al. Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gac Med Mex* 2014; 150: 125-131.
23. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health education research* 2006; 21(6): 770-782.
24. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 33(5): 359-369.
25. Baile JI, González MJ. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34(2): 253-261.
26. Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34(4), 747-764.

27. Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obes Rev* 2011; 12(5): e438-e453.
28. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females-a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PLoS One* 2016; 11(6): e0157240.
29. Derogatis LR. Symptom checklist-90-R: Administration, scoring & procedure manual for the revised version of the SCL-90. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
30. Casullo MM, Castro Solano A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones* 1999; 7: 147-157.
31. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, Musante GJ. Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav* 2008, 9(2): 203-209.
32. Latner JD, Stefano EC. Obesity Stigmatization and the Importance of the Research of AJ Stunkard. *Curr Obes Rep* 2016; 5(1): 121-125.
33. Ratcliffe D, Ellison N. Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem. *Behav Cogn Psychother* 2015; 43(02): 239-252.
34. Ivezaj V, White MA, Grilo CM. Examining binge-eating disorder and food addiction in adults with overweight and obesity. *Obesity* 2016; 24(10): 2064-2069.
35. Villarejo C, Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya E, Granero R, Penelo E, Treasure, J, et al. Loss of control over eating: a description of the eating disorder/obesity spectrum in women. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22(1): 25-31.
36. Vinai P, Da Ros A, Cardetti S, Casey H, Studt S, Gentile N, et al. The DSM-5 effect: psychological characteristics of new patients affected by Binge Eating Disorder following the criteria of the DSM-5 in a sample of severe obese patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2016; 21(1): 107-113.
37. Garner DM. Eating disorder inventory-3 (EDI-3). Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 2004.
38. Rutzstein G, Leonardelli E, Scappatura ML, Murawski B, Elizathe L, Maglio AL. Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Rev Mex Trastor Aliment* 2013; 4(1): 1-14.
39. Musaiger AO, Al-Mannai M, Tayyem R, Al-Lalla O, Ali EY, Kalam F, et al. Risk of disordered eating attitudes among adolescents in seven Arab countries by gender and obesity: A cross-cultural study. *Appetite* 2013; 60:162-167.

40. Segura-García C, Caroleo M, Rania M, Barbuto E, Sinopoli F, Aloï M, et al. Binge Eating Disorder and Bipolar Spectrum disorders in obesity: Psychopathological and eating behaviors differences according to comorbidities. *J Affect Disord* 2017; 208: 424-430.
41. Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G. The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. *Clin Obes* 2015; 5 (4): 165-197.
42. Darby A, Hay P, Mond J, Quirk F, Buttner P, Kennedy L. The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord* 2009; 42:104-108.
43. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord* 2009; 42(8): 739-753.
44. de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry research* 2010; 178(2): 230-235.
45. Martínez HF, Tovilla ZC, López NL, Juárez RI, Jiménez SM, González GC, et al. Prevalence and gravity of depression and anxiety in patients with obesity and type 2 diabetes: a study in the population of Tabasco, Mexico. *Gac Med Mex* 2014; 150: 101-106.
46. Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International* 2004; 46(3): 296-301.
47. Baldofski S, Tigges W, Herbig B, Jurowich C, Kaiser S, Stroh C, et al. Nonnormative eating behavior and psychopathology in prebariatric patients with binge-eating disorder and night eating syndrome. *Surg Obes Relat Dis* 2015, 11(3): 621-626.
48. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord* 1994; 15(1): 53-61.
49. Wilksch SM, Wade TD. Life Smart: A pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. *Journal of pediatric psychology* 2013, 38(9): 1021-1029.
50. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM, et al. Prevention across the spectrum: A randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychol Med* 2015, 45(9):1811.
51. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994; 16(4): 363-370.