



Gym-going women at risk for binge eating disorder: maladaptive schemas, stress coping, and emotional disturbances

Mujeres con riesgo de trastorno por atracón que van al gimnasio: esquemas maladaptativos, afrontamiento del estrés y trastornos emocionales

Tatiana Castañeda-Quirama¹, Jorge Emiro Restrepo²

¹ Politécnico Grancolombiano

² Tecnológico de Antioquia

Recibido: 2023-03-16

Revisado: 2023-04-15

Aceptado: 2023-05-04

Autores de correspondencia: jorge.restrepo67@tdea.edu.co (J. Emiro-Restrepo)

Financiamiento y Agradecimientos: Ninguno

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

Resumen. El trastorno por atracón se caracteriza por un consumo excesivo de alimentos, que se acompaña de una sensación de pérdida de control y ocurre al menos una vez por semana. Este estudio comparó los esquemas maladaptativos, las estrategias de afrontamiento al estrés y dos trastornos emocionales en dos grupos de mujeres que van al gimnasio (un grupo con riesgo de trastorno de atracón y un grupo sin riesgo) y se analizaron cuáles variables eran predictoras del riesgo de trastorno de atracón en este grupo de mujeres. Las variables incluidas como predictores explicaron el 55 % del riesgo de TPA: dos esquemas maladaptativos, dos estrategias de afrontamiento, una medida de la obesidad, un antecedente personal psicopatológico, un antecedente familiar psicopatológico y una medida de frecuencia de asistencia al gimnasio. Se discute la importancia de estas variables en la génesis y mantenimiento del trastorno por atracón.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria; ejercicio físico; aumento de peso

Abstract. Binge eating disorder is characterized by excessive food consumption, which is accompanied by a sense of loss of control and occurs at least once a week. This study compared maladaptive schemas, stress coping strategies and two emotional disorders in two groups of gym-going women (a group at risk for binge eating disorder and a group not at risk) and analyzed which variables were predictors of binge eating disorder risk in this group of women. The variables included as predictors explained 55 % of the risk of BPD: two maladaptive schemas, two coping strategies, one measure of obesity, one psychopathological personal history, one psychopathological family history, and one measure of frequency of gym attendance. The importance of these variables in the genesis and maintenance of binge eating disorder is discussed.

Keywords: eating disorders; physical exercise; weight gain.

Introducción

El trastorno por atracón (TPA) hace parte de una de las nuevas categorías diagnósticas incluidas dentro del apartado de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM – 5 (APA, 2013). Se caracteriza por un consumo excesivo de alimentos, que se acompaña de una sensación de pérdida de control y ocurre al menos una vez por semana, en un periodo de tres meses.

En los episodios de atracones aparece un malestar significativo y al menos tres de las siguientes situaciones: comer más rápido de lo normal, ingerir alimentos hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de comida cuando no se experimenta hambre, preferir comer cuando se está solo por la vergüenza que produce la magnitud de alimentos que se ingieren y sentirse a disgusto consigo mismo luego del atracón (deprimido, avergonzado, etc.). Un criterio diagnóstico importante para diferenciarlo de la bulimia nerviosa (BN) es que el atracón no se relaciona con el empleo de estrategias compensatorias (como las purgas) para minimizar el malestar emocional después de la ingesta, por lo cual produce frecuentemente obesidad y sobrepeso.

Se ha reportado que el TPA tiene una prevalencia del 3 % en la población general y de hasta el 50 % en muestras clínicas de sujetos obesos que acceden a servicios de pérdida de peso (Stice et al., 2013). Kessler et al. (2013), por ejemplo, encontraron una prevalencia

de atracones del 2,8 % mediante la Encuesta Mundial de Salud Mental en 14 países de tres continentes (América, Europa y Oceanía). A través de la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar de EE. UU., se observó una prevalencia del 2,0 % (Cossrow et al., 2016). En todos los estudios, los encuestados que cumplían los criterios de TPA definidos en el DSM-5 tenían un índice de masa corporal (IMC) más alto y niveles más bajos de autoestima. Con relación al género, el estudio de Cossrow et al. (2016) reportó una mayor prevalencia en las mujeres (2,1 – 3,5 %) a diferencia de los hombres (0,9 – 2,0 %).

Para el caso de Latinoamérica, Kolar et al. (2016) informaron que los diagnósticos de BN y de TPA eran mayores en comparación con los reportados en países europeos, lo cual podría relacionarse con que los países latinoamericanos tienen mayores tasas de obesidad y sobrepeso, especialmente en mujeres, por lo que se concluye que la prevalencia de TPA podría ser un fenómeno concomitante con la epidemia de obesidad en esta región. Medina-Bordón et al. (2022) reportaron una incidencia del TPA del 16 al 51,6 % en personas que, en su mayoría eran mujeres, que asistían a programas de pérdida de peso en Paraguay. En Brasil, Melo et al. (2015) afirmaron que el 52,3 % de mujeres con diagnóstico de obesidad presentaban TPA, siendo mayor el porcentaje en mujeres con un IMC mayor o igual a 60.

Estudios realizados en los últimos años han profundizado en la importancia que tienen los esquemas maladaptativos tempranos (EMTS) en la predicción de

la aparición de desórdenes en el comportamiento alimenticio (Hovrud & Simons, 2020; Legenbauer et al., 2018; Meneguzzo et al., 2020; Nicol et al., 2020). Los modelos recientes señalan que este tipo de patologías aparecen como consecuencia de apegos inseguros en la infancia y de las emociones negativas ligadas a esta experiencia (De Paoli et al., 2017; Monteleone et al., 2018; Yurtsever, 2017).

Sobre este asunto, Pugh et al., (2015), en una revisión sobre los esquemas y procesos esquemáticos en los TCA, mencionan que las alteraciones de tipo restrictivo, como la anorexia nerviosa (AN), tienen mayor correlación con esquemas de dependencia/incompetencia e inhibición emocional, por lo cual se evita el intenso afecto asociado a la activación del esquema (evitación primaria del afecto) mediante la compensación (ejercicio excesivo para compensar un defecto subyacente); mientras que en los casos de la BN y el TPA se busca aliviar el malestar emocional después de que se haya activado el esquema (evitación secundaria del afecto), a partir de estrategias más impulsivas como los atracones.

En consonancia con estos resultados, Hovrud y Simons (2020) hallaron que las personas con un TCA que presentan creencias de aislamiento social pueden interiorizar que son esencialmente diferentes de los demás, y esto puede conllevar a que no empleen el apoyo social para modular las experiencias emocionales, lo que contribuye a una escasa tolerancia a la angustia y a la aparición de dificultades en la regulación emocional que predice la conducta de atracones.

En relación con el esquema de deprivación emocional, Pauwels et al. (2018) manifestaron que las mujeres con TCA presentan expectativas de que los demás no pueden o desean proveerles apoyo emocional. En este estudio se menciona que la defectuosidad /vergüenza e indeseabilidad social fueron significativamente mayores para los pacientes con bulimia purgativa y TPA. Así mismo, Unoka et al. (2007) señalaron que el esquema de inestabilidad/abandono, tiene una asociación positiva con las conductas alimentarias que buscan una recompensa inmediata (atracones y purga) y una relación negativa con los comportamientos que implican planificación a largo plazo (dietas y ejercicio regular).

Con relación a este planteamiento, Waller y Barter (2005) hallaron que el esquema de abandono desencadena el comer en exceso en personas normales, y atracones y purgas en mujeres con TCA. Además, encontraron que el esquema de abandono/inestabilidad predecía una mayor vulnerabilidad al desarrollo de TPA y de BN. De otro lado, Leyva, et al (2018) llegaron a la conclusión de que tener un esquema de inestabilidad/abandono conduce a tener una menor conciencia de la imagen corporal y a ser más propenso a comer compulsivamente en ausencia de hambre, lo cual podría estar asociado al TPA.

De igual modo, Zhu et al. (2015) reportaron que los adolescentes con mayores niveles de estrés por eventos negativos asociados a EMTS presentaban conductas impulsivas y atracones más severos. Finalmente, Rania et al. (2019) determinaron que los cuatro dominios esquemáticos determinados por Young (2013) mostraban valores significativamente más altos en los pacientes obesos con atracones. Sin embargo, sólo el dominio de autonomía insuficiente mostró estar asociado de manera independiente con el diagnóstico de TPA.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento encontradas en población con desórdenes alimentarios, Arabaci et al. (2020) indicaron que las mujeres con este tipo de alteraciones emplean con mayor frecuencia estrategias centradas en la tolerancia o la minimización de las situaciones problemáticas (por ejemplo: escape, aislamiento social, renuncia, autocompasión, espera, uso de drogas, alcohol y medicamentos, reevaluación positiva y religión), lo cual aumenta el nivel de estrés percibido y el riesgo de aparición de un TCA (Jáuregui et al., 2009, Pamies & Quiles, 2012). También existen hallazgos que señalan que, para la población clínica, la autoeficacia percibida en la solución de problemas es inferior en contraste con grupos normales, además se reporta una relación positiva entre los déficits en la autoestima y la baja autoeficacia (MacNeil, et al., 2012).

Fernández et al. (2017) encontraron que las adolescentes con atracones obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el empleo de estrategias de aproximación conductual, en comparación con aquellas que no presentaban atracones, lo que

conducía a establecer una relación entre la presencia de atracones y el afrontamiento evitativo. Del mismo modo, McGarrity et al. (2019) reportaron que el afrontamiento de aproximación se asocia con menos atracones y desórdenes alimentarios, mientras que el afrontamiento evitativo, donde se destaca la evitación cognitiva, la evitación del problema, la resignación o realizar actividades para distraerse, se relaciona con más atracones y TCA.

Ahora bien, en relación con los trastornos afectivos y su asociación con el TPA, Grilo (2013) encontró que el 67,0 % de los pacientes con esta patología presentaba al menos un trastorno psiquiátrico adicional a lo largo de su vida y el 37 % tenía un diagnóstico actual, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad las comorbilidades más frecuentes. También se reportaron diagnósticos de trastorno afectivo bipolar y deficiencias en el control de impulsos. Rania et al. (2019) confirmaron los valores patológicos de depresión en pacientes con TPA, pero no lograron determinar si la depresión precedía, era comórbida o consecuencia del atracón. Sobre este aspecto, Rosenbaum y White (2015) señalan que los atracones sirven para disminuir un dominio (es decir, la ansiedad), pero aumentan otro (por ejemplo, la depresión). Goldschmidt et al. (2015) aducen que los síntomas depresivos aumentan la vulnerabilidad a los atracones como medio para hacer frente a los sentimientos de afecto negativo, ya que la depresión se asocia con menor flexibilidad cognitiva y afectiva y, por ende, con una regulación emocional ineficaz.

En esta misma línea de investigación, Jung et al. (2017) mencionaron que los niveles elevados de estrés pueden interactuar con la ansiedad y aumentar el riesgo de trastorno por atracones, además, se ha encontrado que las circunstancias ambientales estresantes parecen aumentar selectivamente el consumo de alimentos paletables en individuos con rasgos de ansiedad más elevados, por lo cual el estrés y la ansiedad influyen sobre las estrategias de afrontamiento emocionales y en los comportamientos alimentarios que aumentan el riesgo de atracones.

Partiendo de los hallazgos previos, la presente investigación pretende identificar cuáles son las características médicas y psicopatológicas de las participantes, además de los esquemas maladaptativos

tempranos y las estrategias de afrontamiento que predicen el riesgo de trastorno por atracones en población usuaria de gimnasios. Lo anterior tiene como objetivo, aportar información que pueda ser de utilidad en el momento de establecer programas de prevención frente a estas problemáticas, ya que los datos epidemiológicos reportados señalan que este tipo de trastornos tienen mayor crecimiento en las mujeres adolescentes y jóvenes en los últimos años (Lim et al., 2021).

En este sentido, cabe señalar, que en el rastreo de literatura realizado, sólo se encontró una investigación en Colombia que relacionara las estrategias de afrontamiento con síntomas bulímicos en una muestra de población adolescente escolarizada, y un estudio relacionó los esquemas maladaptativos tempranos con la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (Pulido, 2015), lo cual da cuenta de los déficits en el conocimiento de las variables de investigación propuestas para el contexto colombiano.

Finalmente, cabe destacar que la política Nacional de Salud Mental en Colombia (2018) considera las conductas de riesgo alimenticio (dietas restrictivas, malestar al comer, atracones y vómito) como un problema mental que exige adecuaciones en las políticas de salud. Lo anterior hace un llamado al trabajo mancomunado entre todos los sectores y actores involucrados para trascender de una educación alimentaria basada en la mera transmisión de información a una educación que promueva comportamientos alimenticios adecuados en la población, y que favorezca la construcción de estilos saludables desde la infancia, lo cual implica un trabajo interdisciplinario entre sectores de la salud física, la pedagogía, la psicología y las disciplinas sociales afines.

Metodología

Diseño y objetivo: a través de un estudio cuantitativo observacional comparativo, correlacional y predictivo, *ex post facto*, de corte transversal, se compararon los esquemas maladaptativos, las estrategias de afrontamiento al estrés y dos trastornos emocionales en dos grupos de mujeres que van al gimnasio (un grupo con riesgo de trastorno de atracón y un grupo sin

riesgo), se determinaron las correlaciones entre las variables y se analizaron cuáles variables eran preditoras del riesgo de trastorno de atracón en este grupo de mujeres.

Participantes: se incluyeron 320 mujeres colombianas con edades entre los 18 y los 40 años ($M = 28.9$; $DE = 6.3$) que asistían a gimnasios de la ciudad de Medellín donde realizaban diferentes modalidades de entrenamiento, como: entrenamiento tradicional con máquinas, entrenamiento funcional crossfit, o calistenia. La mayoría (55.3%) tenía educación universitaria en curso o finalizada y algunas tenía posgrado en curso o finalizado (17.8%). En su mayoría, fueron mujeres solteras (66.6%), de estratos socioeconómicos altos (69.1%), que trabajaban o estudiaban (94.4%). Solo se incluyeron mujeres que llevaran mínimo tres meses asistiendo al gimnasio. El 65.9% de ellas había estado asistiendo entre tres meses y tres años.

Instrumentos

Cuestionario De Esquemas De Young, Tercera Versión (YSQ-SF)

Sutilizó la versión validada en Colombia por Londoño et al. (2012). La versión original del reactivos que mide 15 componentes: privación emocional, abandono, desconfianza/abuso, defectuosidad, aislamiento social, fracaso, dependencia, vulnerabilidad al daño, apego, subyugación, autosacrificio, inhibición emocional, estándares inflexibles, grandiosidad y autocontrol insuficiente. El instrumento tiene opciones de respuesta tipo Likert que oscilan entre 1= totalmente falso; 2 = la mayoría de las veces falso; 3 = más falso que verdadero; 4 = más verdadero que falso; 5 = la mayoría de las veces verdadero y 6 = me describe perfectamente.

Las cargas factoriales reportadas para los ítems que miden los 15 esquemas maladaptativos tempranos fueron $>.50$, además se reportó un alfa de Cronbach de 0.957 para la escala total. Para los 15 componentes analizados, los valores oscilaron entre 0.74 y 0.89, y 11 de los esquemas tuvieron un alfa aproximado o superior a 0.8, lo cual sugiere una adecuada consistencia interna para cada uno de los factores. Los índices de bondad de ajuste reportados para este instrumento fueron: RMSEA = 0.051, CFI = 0.97 y $\chi^2 = 4.2$.

Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (CEA)

Elaborado por Rodríguez-Marín et al. (1992) a través de los estudios previos realizados por Lazarus y Folkman (1984). El CEA consta de 36 preguntas que tienen opciones de respuesta tipo Likert (1 = nunca; 2 = rara vez; 3 = algunas veces; 4 = a menudo; 5 = casi siempre), en las que se integran diversos comportamientos de afrontamiento ante situaciones estresantes. La descomposición factorial del cuestionario dio lugar a la creación de once escalas: pensamientos positivos (interpretar el problema de manera ventajosa), culpar a otros (responsabilizar a otras personas del problema y/o de que sus consecuencias no hubieran ocurrido), pensamiento desiderativo (expresar deseos de que el problema y/o sus consecuencias no hubieran ocurrido), búsqueda de apoyo social (solicitar ayuda), búsqueda de soluciones (obtener información sobre el problema, planificar y plantear posibilidades de solución), represión emocional (rechazo o evitación de la expresión de sentimientos o pensamientos), contabilización de ventajas (comparación de la situación actual con una posibilidad peor), religiosidad (realización de prácticas religiosas), autoculpación (responsabilizarse a sí mismo del problema), resignación (aceptación de la situación como algo inamovible) y escape (huida ante el problema). En la validación española realizada por Mayo et al. (2012) se encontró una fiabilidad total del cuestionario mediante α de Cronbach (.753), de forma que se comprobó que la prueba mostraba un índice de fiabilidad aceptable. Para la población evaluada en la presente investigación, la escala reportó un $\omega >$ de .70 en todas las dimensiones, siendo este un valor óptimo para dar cuenta de la confiabilidad del instrumento (Ventura-León-Caycho-Rodríguez, 2017).

Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS)

Fue el primer instrumento validado para medir la conducta alimentaria de tipo adictivo, comúnmente denominada adicción a la comida. Este instrumento se basó en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) para la dependencia de sustancias y se adaptó al contexto del consumo de alimentos. El YFAS es un instrumento compuesto por 25 ítems que incluye opciones de

puntaje dicotómicos y de frecuencia: las frecuencias (nunca, una vez al mes, 2-4 veces al mes, 2-3 veces a la semana, 4 o más veces a la semana o diario: correspondientes a 0, 1, 2, 3 o 4 puntos, respectivamente) evalúan conductas que pueden presentarse ocasionalmente en individuos sin problemas de adicción, mientras que las opciones dicotómicas (sí o no: 0 o 1 punto) se usan en preguntas que indican problemas más severos de consumo de alimentos. Es un instrumento auto aplicable y mide aspectos conductuales como el consumo de grandes cantidades de alimentos y sentimientos o emociones en torno a un episodio de atracón. Esta herramienta ha probado ser útil para identificar a individuos con trastorno por atracones (TPA) y para evaluar la intensidad del trastorno. También permite discriminar entre individuos con TPA moderado o severo e individuos sin este trastorno. En esta investigación se empleó la validación mexicana de Moreno et al. (2016) dadas sus adecuadas propiedades psicométricas (valor del α de Cronbach de 0.7963). Para la confiabilidad se obtuvo el coeficiente de Spearman por la metodología test-retest, de $r = 0.565$. Se obtuvo una consistencia interna excelente Kuder-Richardson de 0.94.

BDI (II) *Inventario de Depresión de Beck – II versión revisada*

Cuestionario diseñado para evaluar la severidad de los síntomas cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos de la depresión que consta de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (ausencia de depresión) hasta 3 (máxima depresión). Las puntuaciones totales del test van de 0 a 63. Se aplica en adolescentes y adultos a partir de los 13 años.

El BDI-II se desarrolló en concordancia con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Para el presente estudio se empleó la versión de Beck et al. (2011). En el estudio de las propiedades psicométricas para población colombiana, Maldonado-Avendaño (2021) reportó un α de Cronbach de 0,91. Como prueba de validez, se encontraron correlaciones ítem-test que oscilaron entre 0,31 y 0,67, todas ellas estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) y un buen ajuste de un modelo bifactorial ($RMSEA = 0,040$; $SRMR = 0,046$; $CFI = 0,984$; $TLI = 0,981$).

Escala de ansiedad de Zung

Es una medida de autoinforme compuesta por 20 afirmaciones que permiten identificar los niveles de ansiedad. Los primeros 5 ítems evalúan los síntomas afectivos y los 15 restantes dan cuenta de los síntomas fisiológicos. Las preguntas son afirmaciones referidas a la experiencia de los síntomas durante los últimos 30 días y las opciones de respuesta se organizan en una escala de frecuencia tipo Likert (1=Nunca, 2=A veces, 3=Muchas veces y 4=Siempre). A cada pregunta se da una puntuación de uno a cuatro. En consecuencia, el puntaje total puede oscilar entre 20 y 80 puntos. Cada elemento se clasifica según la gravedad, en términos de intensidad, duración y frecuencia de cada síntoma. La escala fue validada con población colombiana por De la Ossa et al. (2009) y se reportó una adecuada confiabilidad y validez, con un coeficiente de α de Cronbach de 0.77 y tres factores principales responsables de 40.1% de la varianza total.

Cuestionario ad hoc: se aplicó un cuestionario que fue diseñado con el propósito de conocer los antecedentes personales de enfermedades médicas (obesidad, enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, otras enfermedades médicas), los antecedentes personales y familiares de psicopatología (anorexia, bulimia, trastorno por atracones, trastorno de depresión, trastorno de ansiedad), el peso, la estatura, el IMC, el nivel del IMC, la obesidad, el tiempo de asistencia al gimnasio (en años), la cantidad de días a la semana que asistía al gimnasio, la cantidad de horas de rutina por día y si realizaban algún tipo de dieta especial.

Procedimiento

Los participantes fueron contactados en ocho gimnasios de la ciudad de Medellín, Colombia donde practicaban diferentes modalidades de entrenamiento, como: crossfit, entrenamiento funcional y empleo tradicional de máquinas. Se les explicó el objetivo del proyecto y se les entregó el consentimiento informado. Se establecieron como criterios de inclusión: ser mayor de 18 años y llevar mínimo 3 meses entrenando. El único criterio de exclusión fue reportar un

diagnóstico del espectro de la psicosis. En total, 320 mujeres diligenciaron y entregaron todos los formatos solicitados. Los instrumentos se diligenciaron mediante autorreporte.

Consideraciones éticas

Todas las participantes firmaron la declaración sobre consentimiento informado, que fue elaborado considerando la ley 1090 de 2006 (código deontológico y bioético del psicólogo) del Congreso de la República de Colombia y la resolución 8430 de 1993 (normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) del Ministerio de Salud. El proyecto fue aprobado por el comité de bioética mediante el registro 14475 de una de las universidades que participó en el estudio.

Análisis de datos

Las participantes fueron clasificadas en dos grupos: con riesgo de trastorno por atracón (con riesgo TPA) y sin riesgo de trastorno por atracón (sin riesgo TPA), de acuerdo con los puntajes de corte y las indicaciones de calificación del YFAS. Para cada grupo, se presentan los porcentajes de respuesta al cuestionario *ad hoc*. Asimismo, para cada grupo se calcularon las medidas de resumen estadístico en las cuatro variables medidas psicométricamente (esquemas maladaptativos, afrontamiento del estrés, depresión y ansiedad) y se realizaron las pruebas de comparación de medias (T de Student) para evaluar la existencia de diferencias estadísticamente significativas comparado con el grupo sin riesgo TPA con el grupo con riesgo TPA. Se consideraron significativos valores de $p < .05$. Para finalizar, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple (método: introducción) para conocer los predictores del riesgo de TPA.

Resultados

La modalidad de entrenamiento más frecuente fue la tradicional con máquinas (49.6%), seguida del

entrenamiento funcional (25.3%), el crossfit (24.3%), y finalmente la calistenia (0.6%). En cuanto a su rutina semanal, asistían mínimo dos y máximo siete días ($M = 4.5$; $DE = 1.0$). Cada día que asistían, se ejercitaban entre una y tres horas ($M = 1.7$; $DE = .5$). La mayoría de las mujeres sin riesgo TPA tenían peso normal (77.5%), mientras que la mayoría de las mujeres con riesgo TPA tenían bajo peso (52.6%). Un 13.9% de las mujeres sin riesgo TPA, y un 5.3% del grupo con riesgo TPA tenían sobrepeso. La mayoría en el grupo sin riesgo TPA (57.8%) y en el grupo con riesgo TPA (56.4%) estaban realizando algún tipo de dieta para mejorar su imagen corporal. El consumo de suplementos para mejorar su rendimiento deportivo (proteína, creatina, aminoácidos, vitaminas, etc.) fue más frecuente en el grupo sin riesgo TPA (72.2%), que en el grupo con RTA (47.4%).

En la Tabla 1 se presentan las características médicas y psicopatológicas (personales y familiares) de las participantes. Respecto a los antecedentes personales de enfermedad médica, la mayoría, en ambos grupos, no tenían obesidad (de acuerdo con su IMC), enfermedades gastrointestinales, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico u otro tipo de enfermedades. En cuanto a los antecedentes personales de psicopatología, la mayoría de las mujeres del grupo sin riesgo TPA no tenían diagnóstico de trastornos psicológicos. Sin embargo, casi la cuarta parte (24.8%) de las mujeres del grupo con riesgo TPA tenían diagnóstico de trastorno de depresión y casi la mitad (42.9%) tenían diagnóstico de trastorno de ansiedad.

La Tabla 2 presenta las medidas de resumen de los esquemas maladaptativos y los resultados de la prueba para comparar los dos grupos utilizando la prueba T de Student. Salvo en los esquemas de Vulnerabilidad al daño y Autosacrificio, en los demás hubo diferencias estadísticamente significativas. Comparado con el grupo sin riesgo TPA, el grupo con riesgo TPA tuvo mayores puntuaciones en los esquemas, con excepción de Estándares inflexibles.

Las medidas de resumen para las formas de afrontamiento ante acontecimientos estresantes para los dos grupos y los resultados de la prueba de comparación de medias se incluyen en la Tabla 3. Solo se presentaron diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de Pensamientos positivos,

Tabla 1. Características médicas y psicopatológicas de los participantes

	Sin riesgo TPA		Con riesgo TPA	
	Sí	No	Sí	No
Antecedentes personales de enfermedad médica				
Obesidad	4.3%	95.7%	18.8%	81.2%
Enfermedades gastrointestinales	4.3%	95.7%	12.8%	87.2%
Hipertiroidismo	3.7%	96.3%	9.0%	91.0%
Hipotiroidismo	4.3%	95.7%	9.8%	90.2%
Síndrome de ovario poliquístico	22.5%	77.5%	27.1%	72.9%
Otras enfermedades médicas	4.8%	95.2%	5.3%	94.7%
Antecedentes personales de psicopatología				
Anorexia	.5%	99.5%	.8%	99.2%
Bulimia	1.1%	98.9%	3.8%	96.2%
Trastorno por atracones	1.1%	98.9%	4.5%	95.5%
Trastorno de depresión	15.0%	85.0%	24.8%	75.2%
Trastorno de ansiedad	10.2%	89.8%	42.9%	57.1%
Antecedentes familiares de psicopatología				
Anorexia	0%	100%	0%	100%
Bulimia	1.1%	98.9%	4.5%	95.5%
Trastorno por atracones	.5%	99.5%	2.3%	97.7%
Trastorno de depresión	0%	100%	4.5%	95.5%
Trastorno de ansiedad	51.9%	48.1%	42.9%	57.1%

Autoculpa y Escape. Estas dos últimas tuvieron puntuaciones mayores en el grupo con riesgo TPA.

De todas las variables incluidas en el análisis de regresión lineal múltiple, la Tabla 4 contiene aquellas variables que resultaron como predictores estadísticamente significativos del riesgo de TPA. Se utilizaron como variable dependiente la puntuación total del YFAS y como variables independientes aquellas medidas por los instrumentos y reportadas en el cuestionario *ad hoc*. Las variables incluidas como predictores explicaron el 55 % del riesgo de TPA: dos esquemas maladaptativos, dos estrategias de afrontamiento, una medida de la obesidad, un antecedente personal psicopatológico, un antecedente familiar psicopatológico y una medida de frecuencia de asistencia al gimnasio.

Discusión

Los esquemas maladaptativos tempranos normalmente son activados por situaciones ambientales específicas relacionadas con el contenido del esquema (Young, 2013). En este estudio, se encontró de manera específica que el esquema de imperfección (que activa creencias de ser indeseable e inferior y genera una anticipación de rechazo) y el esquema de autocontrol insuficiente (relacionado con la dificultad para regular la propia conducta) predicen el riesgo de esta patología. Estos resultados coinciden con los reportados por Basile et al. (2019) quienes demostraron que los esquemas tempranos mediaban las actitudes disfuncionales relacionadas con la adicción a la comida y la conducta de atracones.

Tabla 2. Medidas de resumen y pruebas de comparación de medias para los esquemas maladaptativos

	Sin riesgo TPA		Con riesgo TPA		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Privación emocional	9.5	5.8	16.5	8.2	-8.8	.007
Abandono	10.6	6.0	12.8	6.7	-3.0	.003
Desconfianza abuso	9.2	4.2	9.7	5.2	-.9	<.001
Imperfección/Vergüenza	7.8	4.2	13.5	6.6	-9.1	<.001
Aislamiento Social	10.3	5.3	14.4	6.9	-5.8	<.001
Fracaso	7.9	4.3	10.8	7.0	-4.3	<.001
Dependencia	8.1	3.6	10.7	4.4	-5.7	<.001
Vulnerabilidad al Daño	10.7	4.9	12.8	5.1	-3.7	.253
Apego	8.9	4.4	9.1	4.7	-.5	.003
Subyugación	9.4	4.6	10.9	5.6	-2.6	<.001
Autosacrificio	13.1	6.0	11.6	6.7	2.1	.523
Inhibición emocional	12.2	6.7	20.1	7.8	-9.5	<.001
Estándares Inflexibles	16.4	5.7	21.8	6.8	-7.6	<.001
Autocontrol insuficiente	11.6	5.9	13.6	8.3	-2.4	<.001
Grandiosidad	11.1	5.1	9.3	5.4	2.9	.011

Tabla 3. Medidas de resumen y pruebas de comparación de medias para el afrontamiento del estrés

	Sin riesgo TPA		Con riesgo TPA		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pensamientos positivos	16.6	4.1	15.6	5.0	9.4	.003
Culpar a otros	8.8	2.9	11.8	2.7	-2.2	.567
Pensamiento desiderativo	15.0	3.9	16.3	3.6	-10.9	.104
Búsqueda de apoyo social	9.3	3.2	9.1	3.1	9.2	.395
Búsqueda de soluciones	15.7	4.2	13.9	4.3	7.0	.216
Represión emocional	13.6	1.7	13.7	1.7	-1.1	.623
contabilización de ventajas	5.6	1.7	6.6	1.8	1.2	.799
Religiosidad	4.3	2.6	5.9	2.5	4.6	.181
Autoculpa	5.3	1.9	7.0	1.7	-2.1	.043
Resignación	5.0	1.7	6.1	1.6	-2.2	.245
Escape	6.1	2.0	9.0	2.8	-4.0	<.001

Sobre estos resultados podría entenderse que la creencia de ser defectuoso se deriva de experiencias tempranas de crítica devaluativa y de múltiples señalamientos de los aspectos negativos que lo definen a uno mismo, que contribuyen a la aparición

de una sensación frecuente de rechazo y a que el sujeto en la vida adulta sobre compense a partir de comportamientos (en este caso atracones) que permitan evitar el afecto asociado a estos esquemas perturbadores.

Tabla 4. Coeficientes de regresión para predecir el riesgo de TPA

Variable	B	95% CI	β	t	p
Autocontrol insuficiente	.080	[.044, .116]	.258	4.363	<.001
IMC	.122	[.074, .170]	.210	4.994	<.001
Escape	.141	[.04, .234]	.176	2.960	.003
Antecedentes personales Trastorno de ansiedad	.668	[.196, 1.140]	.126	2.787	.006
Tiempo yendo al gimnasio	-.007	[-.011, -.003]	-.132	-3.419	<.001
Antecedentes familiares Trastorno de depresión	2.053	[.759, 3.347]	.123	3.122	.002
Culpar a otros	.090	[.015, .165]	.127	2.357	.019
Antecedentes familiares Trastorno de ansiedad	-.406	[-.756, -.055]	-.090	-2.279	.023
Imperfección/Vergüenza	.034	[.001, .068]	.094	2.020	.044

Nota: $R^2_{ajust} = .557$ ($N = 320$, $p < .001$). CI = intervalo de confianza para B

Cabría agregar a lo anterior que la ausencia de experiencias positivas tempranas de calidez y aceptación tienen una incidencia en que existe mayor percepción de ser juzgado negativamente por los demás, lo cual incrementa las actitudes críticas y punitivas acerca de la autoimagen (Gois et al., 2018). De esta manera, haber crecido en un entorno negligente o sobreprotector (con ausencia de límites parentales) que no facilitó un desarrollo psicológico emocional funcional, podría traer dificultades para afrontar sentimientos negativos y tolerar la frustración.

Sobre este señalamiento, se ha encontrado que las dificultades en la regulación de las emociones median la relación entre el apego inseguro, el apego ansioso y los atracones (resultado de la interacción con cuidadores poco receptivos, insensibles o incoherentes) apoyando la idea de que comer de forma compulsiva funciona como un mecanismo efectivo para modular el afecto negativo y se convierte en un patrón comportamental extremadamente resistente en el caso del TPA (Cella et al., 2022; Shakory et al., 2015).

Ahora, si bien las experiencias tempranas negativas se han relacionado con un mayor riesgo de sufrir TPA, es importante reconocer que los esquemas desadaptativos se elaboran a lo largo de la vida y pueden verse exacerbados por experiencias posteriores. Así pues, las experiencias relacionadas con la obesidad durante la infancia y/o los prejuicios y la discriminación en la edad adulta, podrían ser algunos de los acontecimientos adversos que contribuyen al desarrollo o la

activación de esquemas desadaptativos que, a su vez, aumentan la probabilidad de adoptar conductas como comer en exceso (Anderson et al., 2006).

Después de comprender cómo variables cognitivas como los esquemas tempranos negativos pueden influir en el RTA, es importante determinar cuáles respuestas comportamentales podrían predecir este tipo de patologías. De acuerdo con los resultados arrojados en los análisis, se evidencia que las mujeres que tienen riesgo de atracones emplean un afrontamiento evitativo que implica distanciarse de situaciones valoradas como conflictivas o problemáticas.

Young et al. (2013) plantean que los modos de afrontamiento centrados en la evitación perpetúan los esquemas disfuncionales resultado de las experiencias tempranas, lo que permite inferir que las estrategias de afrontamiento de escape y el culpar a otros predicen la conducta de atracones, ya que la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos aparece cuando los intentos de regulación emocional han fracasado (modelo del afecto negativo).

Se podría hipotetizar entonces que los esquemas de imperfección-vergüenza e insuficiente autocontrol, impiden que las mujeres con RTA confíen en sus estrategias de autocontrol emocional, en tanto que la mayor parte del tiempo los padres no estuvieron disponibles para apoyarlas en la solución de una situación conflictiva (Cella et al., 2022), contribuyendo así a que se configure una sensación generalizada de ineficacia, que implica dificultades en la percepción

de las señales corporales (como hambre y saciedad) y en la regulación de estados emocionales aversivos (frustración, culpa).

En coherencia con los análisis de este estudio, podría plantearse que si bien el estilo de afrontamiento evitativo puede proporcionar un alivio inicial del estrés (Henderson et al., 2022), generalmente se considera menos eficaz con el tiempo, ya que no cambia el factor estresante ni el impacto negativo que puede tener en el individuo, en tanto que impide que haya algún tipo de modificación del esquema, es decir que, si bien se evita el afecto negativo, se mantiene intacta la creencia de imperfección y autocontrol insuficiente.

Ahora, habría que mencionar también que la mayoría de las mujeres con TPA presentan una amplia variedad de trastornos psicológicos. Striegel-Moore et al. (2005) advierten que los antecedentes familiares de ansiedad y depresión han sido identificados como posibles predictores de los atracones, lo cual coincide con los resultados de la presente investigación. Sobre estos resultados se podría inferir que la autoevaluación de las estrategias de afrontamiento como ineficaces o insuficientes para hacer frente a estresores ambientales incrementan los niveles de estrés y ansiedad y el riesgo del atracón, especialmente en aquellos individuos que tienen una relación negativa con la alimentación, el peso o la percepción de su figura corporal.

Un asunto de interés es que para los casos de TPA se ha encontrado que las circunstancias ambientales estresantes parecen aumentar selectivamente el consumo de alimentos en individuos con rasgos de ansiedad más elevados (Jung et al., 2017), por lo que la percepción de estrés influye sobre el empleo de estrategias de afrontamiento más emocionales (evitativas) que aumentan el riesgo de la conducta de atracón.

Así mismo, es relevante considerar que la importancia de la imagen corporal aumenta en la adolescencia y que la predisposición a la ansiedad podría incrementar la preocupación por el peso y la figura. Distintas investigaciones señalan que los esquemas de imperfección-vergüenza se relacionan con altos niveles de ansiedad social (Dakanalis et al., 2014; Fatemi et al., 2022; Wang et al., 2022) y que cuando coexisten con una imagen corporal negativa, podrían conducir con el tiempo a desarrollar depresión. En este sentido,

la rigidez cognitiva que caracteriza a los pacientes con depresión puede funcionar como factor subyacente el TPA, ya que los sentimientos de inutilidad (propia del trastorno), también pueden reforzar la sobrevaloración del peso y la figura corporal.

Derivado de este planteamiento, es posible señalar que la comorbilidad entre TPA y los antecedentes familiares de depresión podrían determinar la gravedad sintomatológica de la patología, ya que una baja autoestima concurrente con una alta depresión se traduce en niveles más altos de insatisfacción corporal y por ende en un mayor RTA.

Con relación a otro de los resultados significativos obtenidos para este estudio, se destaca que las mujeres con RTA tenían un bajo peso y en una menor medida sobrepeso. Estos hallazgos son similares a los reportados por Hanras et al. (2022) quienes encontraron que independientemente del IMC, la alimentación emocional era una dimensión que discriminaba a los individuos con y sin diagnóstico de TPA, lo que reafirma la importancia del IMC en la predicción de los TCA.

Finalmente habría que mencionar que el tiempo asistiendo al gimnasio también fue un predictor del RTA, lo cual coincide con el hallazgo de Bardone-Cone et al. (2016) en tanto demostraron que las sesiones de ejercicio frecuentes o de larga duración empleadas con la única intención de influir en el peso o la forma corporal predecían síntomas más fuertes de TCA en mujeres que hacían ejercicio regularmente.

De los resultados obtenidos podría concluirse que los esquemas maladaptativos tempranos de autocontrol insuficiente e imperfección/vergüenza y las estrategias de afrontamiento de escape y culpar a otros, además de los antecedentes personales y familiares de ansiedad y depresión, los hábitos de ejercicio (duración de las rutinas de entrenamiento) y el IMC, incrementan el riesgo para el inicio y mantenimiento de un TPA.

Hasta donde se conoce, esta es la primera investigación en proponer factores predictores de RTA en mujeres que hacen ejercicio físico, integrando hallazgos teóricos relativos a las asociaciones entre las variables investigadas. Asimismo, mejora la comprensión en las vías directas e indirectas que conducen al TPA, lo cual tiene implicaciones clínicas para el

establecimiento de planes de tratamiento y para el desarrollo de estrategias de prevención de los TCA en los centros de acondicionamiento físico.

El diseño transversal de esta investigación supuso una limitación, por lo que se recomienda implementar diseños longitudinales. Otra de las limitaciones ha sido el uso exclusivo de medidas de autoinforme, ya que la fiabilidad de los datos depende de la honestidad y comprensión de las preguntas por parte del participante del estudio. El uso de la entrevista, en combinación con cuestionarios de autoinforme, podría aumentar la fiabilidad y validez de la medición de las variables consideradas para el estudio. Si bien el instrumento empleado para evaluar las estrategias de afrontamiento reportó un nivel de confiabilidad adecuado en la población estudiada, se sugiere utilizar una medida de evaluación validada con índices de confiabilidad más altos, ya que esto evitará sesgos en los análisis de datos.

Sobre la base de los resultados obtenidos, cabe resaltar la importancia de sensibilizar a los instructores de gimnasio sobre los trastornos alimenticios, la imagen corporal y la motivación para hacer ejercicio físico. Los líderes del sector fitness deben adquirir y mejorar sus habilidades para identificar y gestionar estas problemáticas entre las usuarias de gimnasio, en tanto que de esta manera se promueven prácticas alimenticias y de acondicionamiento físico más saludables.

Es importante desarrollar modelos explicativos a partir de estudios longitudinales que permitan comprender cómo las variables de índole psicológico incrementan el riesgo de desarrollar un TPA en mujeres que hacen ejercicio habitualmente. Tener claridad sobre cómo variables psicológicas como los EMTS las estrategias de afrontamiento, y los antecedentes de ansiedad y depresión inciden en el riesgo del TPA, se traduce en la posibilidad de proponer tratamientos óptimos, estableciendo los principales objetivos y prioridades de la terapia.

Se necesitan investigaciones futuras que continúen evaluando los factores subyacentes que pueden contribuir al riesgo aumentado de TPA en deportistas que asisten al gimnasio, ya que como quedó en evidencia en los hallazgos de esta investigación, existe un alto riesgo en esta población, lo que justifica la

adopción de estrategias preventivas encaminadas a la psicoeducación relacionada con los atracones y los ideales corporales poco realistas.

Referencias

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5th ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.002>
- Arabaci, L. B., Buyukbayram Arslan, A., Dagli, D. A., & Tas, G. (2021). The relationship between university students' childhood traumas and their body image coping strategies as well as eating attitudes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(1), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.017>
- Bardone-Cone, A. M., Higgins, M. K., St George, S. M., Rosenzweig, I., Schaefer, L. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Henning, T. M., & Preston, B. F. (2016). Behavioral and psychological aspects of exercise across stages of eating disorder recovery. *Eating Disorders*, 24(5), 424–439. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207452>
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2019). Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*, 5(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K., Wadden, T. A., & Erder, M. H. (2016). Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), e968–e974. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10059>
- Craven, M. P., & Fekete, E. M. (2019). Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 33, 44–48. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.002>
- Da Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., da Silva, D. C., & da S Oliveira, M. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behavioral Sciences*, 7(1). <https://doi.org/10.3390/bs7010010>
- De La Ossa, S. M., Herazo, & Campo, A. (2009). Estudio de la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para

- ansiedad. *Colombia Médica*, 40(1), 71-77. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342009000100006&lng=en&tlng=es.
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1273-1284. <https://doi.org/10.1002/cpp.2092>
- Fernandes, J., Ferreira-Santos, F., Miller, K., & Torres, S. (2017). Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(1), 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.12607>.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M., Loth, K. A., Le Grange, D., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *The Journal of Adolescent health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 51(1), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.001>
- Güner, Ö., & Aydin, A. (2022). Determining the relationship between anxiety levels, stress coping styles, and emotional eating of women in the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 241-247. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.08.002>
- Grilo, C. M. (2013). Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis?. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 208-211. <https://doi.org/10.1002/eat.22082>
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.08.000>
- Han, S., & Pistole, M. C. (2014). College student binge eating. Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*, 55(1), 16-29. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0004>
- Hanras, E., Boujut, E., Ruffault, A., Messager, D., Rives-Lange, C., Barsamian, C., Carette, C., Lucas-Martini, L., Czernichow, S., & Dorard, G. (2022). Binge eating disorder: What are the differences in emotion regulation, impulsivity, and eating behaviors according to weight status? *Obesity Medicine*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2022.100462>
- Henderson, K. A., Obeid, N., Buchholz, A., Schubert, N., Flament, M. F., Thai, H., & Goldfield, G. S. (2022). Coping in adolescents: A mediator between stress and disordered eating. *Eating Behaviors*, 47. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101626>
- Hovrud, L., Simons, R., & Simons, J. (2020). Cognitive Schemas and Eating Disorder Risk: the Role of Distress Tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(1), 54-66. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00055-5>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & 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>
- Jáuregui, L. I., Estébanaez, S., Fernández, S., Alvarez, B. E., y Garrido, O. (2009). Coping Strategies in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 220-226. <https://doi.org/10.1002/erv.920>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0364-4>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Lázarus, R., & Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170
- Legenbauer, T., Radix, A. K., Augustat, N., & Schütt-Strömel, S. (2018). Power of Cognition: How Dysfunctional Cognitions and Schemas Influence Eating Behavior in Daily Life Among Individuals With Eating Disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 2138. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>
- Leyva, R. P. P., & Hill, S. E. (2018). Unpredictability, body awareness, and eating in the absence of hunger: A cognitive schemas approach. *Health Psychology*, 37(7), 691-699. <https://doi.org/10.1037/he0000634>
- Lim, M. C., Parsons, S., Goglio, A., & Fox, E. (2021). Anxiety, stress, and binge eating tendencies in adolescence: a prospective approach. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00444-2>
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K. et al. (2012). Young Schema Questionnaire – Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a12.pdf>
- McGarry, L. A., Perry, N. S., Derbridge, C. M., Trapp, S. K., Terrill, A. L., Smith, T. W., Ibele, A. R., & MacKenzie, J. J. (2019). Associations Between Approach and Avoidance Coping, Psychological Distress, and Disordered Eating Among Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 29(11), 3596-3604. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04038-5>

- Maldonado-Avendaño, N., Castro-Osorio, R., & Cardona-Gómez, P. (2021). Artículo original Propiedades psicométricas del Inventory de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>
- Martin, S. J., Schell, S. E., Srivastav, A., & Racine, S. E. (2020). Dimensions of unhealthy exercise and their associations with restrictive eating and binge eating. *Eating Behaviors*, 39. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101436>
- Mason, T. B., & Lewis, R. J. (2016). Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention*, 22, 450–460. <http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2014.931766>
- Mayo, E., Eulogio, J., Taboada, E., Iglesias, P., & Dosil, A. (2012). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes (C.E.A.), aplicado a padres de niños con discapacidad visual. *Anales de Psicología*, 28(1), 83-88 <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723161010.pdf>
- Macneil, L., Esposito-Smythers, C., Mehlenbeck, R., & Weismore, J. (2012). The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: a stress-diathesis model. *Eating Behaviors*, 13(4), 293–296. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.06.005>
- McGarrity, L. A., Perry, N. S., Derbridge, C. M., Trapp, S. K., Terrill, A. L., Smith, T. W., Ibele, A. R., & MacKenzie, J. J. (2019). Associations Between Approach and Avoidance Coping, Psychological Distress, and Disordered Eating Among Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 29(11), 3596–3604. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04038-5>
- Medina-Bordón, L. M., Mersch-Denis, G. I., Aguilar-Rabito, A. C., & Acosta-Escobar, J. (2022). Factores asociados al trastorno por atracón en adultos con obesidad del microcentro de San Lorenzo, Paraguay. *Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud*, 20(2), 48–58. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2022.020.02.48>
- Melo, P. G., Peixoto, M. do R. G., & Silveira, E. A. da. (2015). Binge eating prevalence according to obesity degrees and associated factors in women. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 100–106. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000064>
- Meneguzzo, P., Collantoni, E., Bonello, E., Busetto, P., Tenconi, E., & Favaro, A. (2020). The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 318–331. <https://doi.org/10.1002/erv.2724>
- Monteleone, A., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Casuccino, G., Giorno, C., Monteleone, P., & Maj, M. (2018). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 101(1), 278–285. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594746/>
- Moreno, M. I. V., Márquez, M. C. R., Navarrete, J. J. C., Camañea, B., & de Gortari, P. (2016). Spanish translation of the Yale Food Addiction Scale and its evaluation in a sample of Mexican population. Factorial analysis. *Salud Mental*, 39(6), 295–302. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.034>
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., & Kavanagh, P. S. (2021). Early maladaptive schemas in young people who self-injure. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1745–1762. <https://doi.org/10.1002/jclp.23172>
- Pamies, A. L. y Quiles, M. Y. (2012). Estrategias de afrontamiento evitativas y riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psicothema*, 4(22), 230-235. <http://www.psicothema.com/pdf/4004.pdf>
- Poursharifi, H., Bidadian, M., Bahramizadeh, H., & Salehinezhad, M. A. (2011). The relationship between early maladaptive schemas and aspects of identity in obesity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 517–523. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.101>
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 1(39), 30-41. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v25i2.1342>
- Rania, M., Aloia, M., Caroleo, M., Carbone, E. A., Fazia, G., Calabro, G., ... Segura-Garcia, C. (2019). “Impaired Autonomy and Performance” predicts binge eating disorder among obese patients. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00747-z>
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista Psicología de la Salud*, 4, 59-84. <https://bit.ly/3ERNRoT>
- Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887–898. <https://doi.org/10.1177/1359105315580212>
- Martínez, A. O. R., Arévalo, R. V., Díaz, J. M. M., & Castillo, M. E. H. (2013). Family factors associated to Eating Disorders: a review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.

- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=167>
- Shakory, S., van Exan, J., Mills, J. S., Sockalingam, S., Keating, L., & Taube-Schiff, M. (2015). Binge eating in bariatric surgery candidates: The role of insecure attachment and emotion regulation. *Appetite*, 91, 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.026>
- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907-917. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003435>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry research*, 197(1-2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199-204. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2006.09.002>
- Waller, G., & Barter, G. (2005). The impact of subliminal abandonment and unification cues on eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 37(2), 156-160. <https://doi.org/10.1002/eat.20072>
- Vartanian, L. R., & Porter, A. M. (2016). Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. *Appetite*, 102, 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>
- Vinai, P., Da Ros, A., Speciale, M., Gentile, N., Tagliabue, A., Vinai, P., Bruno, C., Vinai, L., Studt, S., & Cardetti, S. (2015). Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eating Behaviors*, 16, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.004>
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-4)
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva endocrinologica*, 38(3), 255-267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24126546/>
- Young, J. E. (1998). The Young Schema Questionnaire: Short Form. <http://www.schematherapy.com/id54>
- Young, J. E.; Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2013). *Terapia de esquemas. Guía práctica*. Desclée de Brouwer.
- Yurtsever, S. S. & Sütcü, S. T. (2017). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas and Emotion Regulation Difficulties in the Relationship between Perceived Parenting Styles and Disordered Eating Attitudes. *Turkish Journal of Psychology*, 32(80), 38-43. <https://bit.ly/3mAPxfV>
- Zhu, Hong; Luo, Xingwei; Cai, Taisheng; He, Jinbo; Lu, Yao; Wu, Siyao (2015). Life Event Stress and Binge Eating Among Adolescents: The Roles of Early Maladaptive Schemas and Impulsivity. *Stress and Health*, 395-401. <https://doi.org/10.1002/smi.2634>