

Originales

CLINICAL DIFFERENCES BETWEEN MORBIDLY OBESE PATIENTS WITH AND WITHOUT BINGE EATING

Objetivos: To evaluate clinical differences between morbidly obese patients with and without binge eating.

Patients and method: We evaluated 210 morbidly obese outpatients who were consecutively referred for psychiatric evaluation in a general hospital for distinct reasons. We carried out a clinical interview, evaluated psychiatric comorbidity, and applied the following scales: Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Maudsley Obsessive-Compulsive Interview (MOCI), Barrat Impulsiveness Scale (BIS), Eating Disorder Inventory (EDI), Eating Attitudes Test (EAT), Bulimic Investigation Test Edinburgh (BITE), and Body Shape Questionnaire (BSQ). The sample was divided into two groups: patients with binge eating according to ICD-10 and DSM-IV criteria and those without binge eating. There were 61 patients with binge eating (14 patients with bulimia nervosa, 32 with binge eating disorder, and 15 patients with binge eating who did not fulfill the criteria for bulimia or binge eating disorder) and 149 patients without binge eating.

Results: Patients with binge eating showed more psychopathology, a greater prevalence of dysthymia, higher impulsivity scores according to the BIS scale and higher scores on some of the scales that evaluated eating disorders. These patients had a greater number of familial antecedents of eating disorders and showed greater body dissatisfaction, despite having a lower body mass index. Patients with binge eating also showed greater obesity-induced functional disability and greater obsessiveness about weight and body shape.

Conclusions: The results of this study suggest that morbidly obese patients with binge eating constitute a distinct subgroup (independently of eating disorder diagnosis) among the obese population. Distinguishing features consist of more severe psychopathology, especially affective disorder, greater impulsivity, and greater severity in scales evaluating core symptoms of eating disorders and body dissatisfaction.

Key words: Binge eating. Psychopathology. Morbid obesity. Binge eating disorder. Eating disorder. Impulsivity.

Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones

FRANCISCO ARIAS HORCAJADAS^a, SERGIO SÁNCHEZ ROMERO^a, JUAN JOSÉ GORGOJO MARTÍNEZ^b, FRANCISCA ALMÓDOVAR RUIZ^b, SONIA FERNÁNDEZ ROJO^a Y FRANCISCO LLORENTE MARTÍN^a

^aUnidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

^bUnidad de Endocrinología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar las diferencias clínicas de pacientes obesos con y sin alteraciones de la conducta alimentaria.

Pacientes y método: Se estudió a 210 pacientes con obesidad mórbida derivados de forma consecutiva y por diferentes motivos a una consulta de psiquiatría en un hospital general. Se realizó una entrevista clínica, se valoró la presencia de comorbilidad psiquiátrica y se aplicó una serie de escalas de psicopatología y sobre conducta alimentaria: Escala de Depresión de Beck (BDI), Escala de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley (MOCI), Escala de Impulsividad de Barrat (BIS), Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), Test de Actitudes hacia la Comida (EAT), Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) y Cuestionario sobre la Figura Corporal (BSQ). La muestra se dividió en 2 grupos: pacientes con conductas de atracones según la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y pacientes sin esas conductas. En el primer grupo se incluyó a 14 pacientes con bulimia nerviosa, 32 con criterios de trastorno por atracón y 15 con atracones sin criterios para uno de los dos trastornos citados (total, 61 pacientes con atracones y 149 sin atracones).

Resultados: Los pacientes con atracones tenían más alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente mayor prevalencia de distimia, eran más impulsivos según la escala BIS y obtenían puntuaciones más elevadas en algunas escalas que valoraban la alteración de la conducta alimentaria. Estos pacientes tenían más antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y presentaban mayor insatisfacción corporal a pesar de un menor índice de masa corporal (IMC). Este grupo refería mayores limitaciones funcionales por su obesidad y presentaba mayor obsesión sobre el peso y la comida.

Conclusiones: Por lo tanto, los obesos mórbidos con atracones forman un grupo posiblemente homogéneo (independientemente de que tuvieran diagnóstico del trastorno de la conducta alimentaria) y diferenciado del resto de los obesos mórbidos por tener más alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente de tipo afectivo, mayor impulsividad y mayor severidad en las escalas que evalúan los síntomas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal.

Palabras clave: Atracones. Alteraciones psicopatológicas. Obesidad mórbida. Trastorno por atracón. Trastornos de la conducta alimentaria. Impulsividad.

Correspondencia: Dr. F. Arias Horcajadas.
Unidad de Psiquiatría. Fundación Hospital Alcorcón.
Avda. Budapest, s/n. 28922 Alcorcón. Madrid. España.
Correo electrónico: farias@fhalcorcon.es

Manuscrito recibido el 27-10-2005 y aceptado para su publicación el 20-2-2006.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica de elevada prevalencia y gran relevancia en salud pública por el incremento de incidencia en los países occidentales y las graves repercusiones para la salud. No se considera que la obesidad sea un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Sin embargo, un subgrupo importante de obesos presenta alteraciones de la conducta alimentaria, aunque la relevancia clínica y pronóstica de estas alteraciones son controvertidas. En 1959, Stunkard et al¹ propusieron el denominado síndrome de atracón y Spitzer, en 1992, estableció la definición de trastorno por atracón (TA). De esta forma, recientemente se han descrito unos criterios diagnósticos provisionales para dicho trastorno². En la actualidad, los pacientes que sufren dicho trastorno sólo pueden ser diagnosticados dentro de la categoría de TCA no especificado tanto en la clasificación del DSM-IV² como de la CIE-10³. La prevalencia del TA en atención primaria oscila en un 3,3-8,5%⁴. El TA es más frecuente que otros TCA⁵. En obesos, la prevalencia del TA es del 9-34%^{1,6,7}.

El diagnóstico de TA se utiliza para identificar a los sujetos que se dan atracones como en la bulimia nerviosa (BN), pero sin las conductas compensatorias características de ésta. Los criterios provisionales de investigación de dicho trastorno establecen una serie de criterios estrictos respecto a la frecuencia de los atracones y sus repercusiones conductuales². El TA es una entidad nosológica controvertida. Se han descrito 4 posibilidades de conceptualización: como variante de la bulimia nerviosa, como un subtipo conductual de la obesidad, como una conducta reflejo de alteraciones psicopatológicas en la obesidad o como un trastorno independiente⁸. Algunos autores apoyan la validez de dicho diagnóstico porque presenta diferencias clínicas importantes respecto a los obesos sin TCA y respecto a otros pacientes con anorexia o bulimia nerviosa (BN)⁹. Se trata de un trastorno que se desarrolla a una edad más tardía que la BN¹⁰, con mayor prevalencia en varones que otros TCA, y con síntomas nucleares propios de los TCA¹¹, además de caracterizarse por un importante deterioro social y una excesiva preocupación por el cuerpo, la figura y el peso⁶. Para otros autores, el trastorno presenta una elevada heterogeneidad clínica y un curso muy variable, con remisiones espontáneas frecuentes, elevada respuesta al placebo y eficacia de los programas clásicos de disminución de peso para disminuir los atracones, por lo que simplemente sería útil como un marcador de psicopatías¹. Además presenta una elevada similitud clínica con la BN, lo que respalda la idea de un continuo de vulnerabilidad¹². Los autores coinciden en que los obesos con TA forman un subgrupo con más alteraciones psicopatológicas, más prevalencia de trastornos del humor y de personalidad y dependencia de drogas concomitante^{1,7,13-16}. Igualmente se han cuestionado los criterios provisionales de investigación para el TA del DSM-IV, y se ha observado escasas diferencias entre los pacientes que

los cumplen y aquéllos con atracones sin cumplir todos los criterios, lo que para algunos indica una continuidad nosológica entre ellos, y la presencia de todos los criterios de TA sólo indicaría una mayor gravedad¹⁷. Otros autores sostienen que hay continuidad entre el TA, la BN y los cuadros subumbrales de ambos¹⁸.

Nuestro objetivo fue valorar las diferencias clínicas entre 2 grupos de pacientes con obesidad mórbida valorados en una consulta de psiquiatría del hospital general: los que se dan atracones y los que no tenían alteraciones en este sentido.

PACIENTES Y MÉTODO

La muestra consiste en 210 pacientes con criterios de obesidad mórbida que fueron valorados de forma consecutiva en la unidad de psiquiatría de un hospital general por diversos motivos (valoración prequirúrgica, alteraciones de la conducta alimentaria o alteraciones psicopatológicas). Se realizó a todos los pacientes una entrevista clínica, se recogió de forma sistematizada una serie de variables clínicas y sociodemográficas y se usaron diversas escalas para valoración de alteraciones psicopatológicas y la conducta alimentaria: Escala de Depresión de Beck (BDI)¹⁹, Escala de Ansiedad de Beck (BAI)²⁰, Test de Actitudes hacia la Comida (EAT)²¹, Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)²², Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)²³, Cuestionario sobre la Figura Corporal (BSQ)²⁴, Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley (MOCI)²⁵ y Escala de Impulsividad de Barrat (BIS)²⁶. En todos los pacientes se evaluó de forma sistemática si cumplían o no todos los criterios diagnósticos de BN del DSM-IV y de la CIE-10 y los criterios diagnósticos de investigación para el TA del DSM-IV. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron mediante una entrevista clínica siguiendo los criterios de la CIE-10. Se midió la insatisfacción corporal en una escala tipo Likert de 1 a 10 (máxima insatisfacción). Se evaluó la presencia y gravedad con una escala de leve-moderada-grave de variables clínicas de interés. Se investigó la presencia de conductas autoagresivas e ideación autolítica y los antecedentes de intentos de suicidio.

Se llevó a cabo una comparación entre grupos (pacientes con y sin atracones) con la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y la prueba de la *t* de Student para variables cuantitativas, realizando previamente una prueba de homogeneidad de las varianzas para variables cuantitativas con el test de Levene. Se usó la prueba exacta de Fisher cuando no era aplicable la de la χ^2 .

RESULTADOS

Se dividió la muestra en 2 subgrupos según se dieran o no atracones, definidos por el criterio A de los criterios diagnósticos de bulimia tanto de la CIE-10 como del DSM-IV. Previamente se realizó una valoración de los subgrupos de pacientes con criterios de

TABLA 1. Características sociodemográficas

	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	χ^2 o t	p
Edad (media \pm DE), años	38,39 \pm 11,13	42,20 \pm 10,99	2,27	0,002
Mujer	54 (88,5%)	126 (84,6%)	0,55	NS
Casado, n (%)	40 (66,7)	100 (69,4)	0,56	NS
Afecciones médicas, n (%)	36 (59)	89 (60,1)	10,6	NS
Diabetes mellitus, n (%)	2 (3,3)	6 (4,1)		
Hipertensión arterial	7 (11,5)	20 (13,5)		
Otras	27 (44,2)	63 (42,6)		
AF de TCA, n (%)	7 (11,7)	0 (0)	Fisher	0,001
AF (1.º grado) de obesidad	34 (56,7)	81 (55,9)	0,01	NS
Padre con TP, n (%)	7 (11,9)	12 (8,6)	0,52	NS
Madre con TP, n (%)	13 (22)	17 (12,1)	3,2	0,07
Hermanos con TP, n (%)	10 (16,9)	14 (10)	1,9	NS

AF: antecedentes familiares; DE: desviación estándar; NS: no significativo; TCA: trastorno de la conducta alimentaria; TP: trastorno psiquiátrico.

TABLA 2. Diagnóstico psiquiátrico y alteraciones psicopatológicas

	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	χ^2 o t	p
Diagnóstico psiquiátrico comórbido	35 (57,4)	64 (43,5)	3,3	0,07
Distimia	22 (36,1)	26 (17,7)	8,2	0,004
Otros trastornos del humor	7 (11,4)	11 (7,5)		
Trastornos de ansiedad	4 (6,5)	10 (6,7)		
Trastornos de adaptación	2 (3,3)	14 (9,5)		
Otros trastornos psiquiátricos	0 (0)	3 (2,1)		
Trastornos de personalidad	22 (36,7)	23 (15,8)	10,9	0,001
Trastornos de inestabilidad emocional	4 (6,7)	1 (0,7)		
Trastorno histriónico	2 (3,3)	4 (2,7)		
Trastorno anancástico	4 (6,7)	6 (4,1)		
Trastorno ansioso	0 (0)	2 (1,4)		
Trastorno dependiente	1 (1,7)	0 (0)		
Trastorno no especificado	11 (18,3)	10 (6,8)		
Dependencia de drogas	29 (49,2)	58 (40)	1,43	NS
Dependencia de alcohol	2 (3,4)	1 (0,7)		
Dependencia de tabaco	24 (40,7)	55 (37,9)	0,44	NS
Dependencia de múltiples drogas	3 (5,1)	2 (1,4)		
Diagnóstico TCA (CIE-10)			154,9	0,0001
Bulimia nerviosa	11 (18)	0 (0)		
Bulimia atípica	4 (6,6)	0 (0)		
TCA no especificado	46 (75,4)	9 (6,1)		
Diagnóstico TCA (DSM-IV)			151	0,001
Bulimia nerviosa	14 (23)	0 (0)		
TCA no especificado	47 (77,1)	10 (6,8)		
Ideación suicida	16 (27,6)	16 (11,4)	7,9	0,005
Tentativas de suicidio, media \pm DE	0,29 \pm 0,92	0,05 \pm 0,25	1,98	0,05
Disfunción sexual	21 (51,2)	36 (37,5)	2,2	NS
Insomnio	32 (57,1)	51 (38,9)	5,3	0,02
Uso de antidepresivos	52 (85,2)	50 (34)	51,6	0
Uso de otros psicofármacos	4 (6,5)	4 (2,7)		

DE: desviación estándar; NS: sin significación estadística; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

BN y aquellos que cumplían los criterios provisionales de TA del DSM-IV. Dado que eran subgrupos pequeños, no se procedió a una comparación estadística, aunque se observó que las características clínicas y sociodemográficas eran muy similares entre ellos y los pacientes sólo con atracones (sin cumplir criterios de BN o TA). En la muestra había 14 pacientes con diagnóstico de BN según criterios DSM-IV, 32 que cumplían los criterios descritos en el DSM-IV para TA y 15 con atracones (según la definición de atracón del DSM-IV y CIE-10), pero sin cumplir criterios para uno de los anteriores diagnósticos. Entre estos grupos no se observaron diferencias clínicas relevantes, excepto una mayor prevalencia de trastornos de persona-

lidad en el subgrupo de bulimia. Había 6 pacientes sin atracones que refirieron vómitos autoprovocados, todos de intensidad leve y poco frecuentes, y se les incluyó en el grupo de obesos sin atracones.

Los pacientes con atracones eran más jóvenes y tenían más antecedentes familiares de TCA; se observó una tendencia a mayor carga familiar psiquiátrica, sobre todo en la madre (tabla 1). Este grupo tenía mayor comorbilidad psiquiátrica, aunque no alcanzó significación estadística, excepto para la distimia, y presentaba un trastorno de personalidad con más frecuencia. Referían más ideación suicida, mayor número de tentativas de suicidio, más problemas de insomnio y mayor uso de antidepresivos (tabla 2). No se observaron

TABLA 3. Características clínicas de la conducta alimentaria

	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	χ^2 o t	p
Severidad de los atracones, n (%)			210	0,0001
Leve	30 (49,2)	0 (0)		
Moderado	28 (45,9)	0 (0)		
Grave	3 (4,9)	0 (0)		
Vómitos, n (%)			35,01	0,0001
Leve	9 (14,8)	6 (4)		
Moderado	9 (14,8)	0 (0)		
Grave	1 (1,6)	0 (0)		
Sedentarismo, n (%)			1,44	NS
Leve	7 (12,5)	19 (13,5)		
Moderado	38 (67,9)	85 (60,3)		
Grave	6 (10,7)	24 (17)		
Obsesión peso/comida, n (%)			15,69	0,001
Leve	21 (40,4)	39 (29,3)		
Moderado	24 (46,2)	40 (30,1)		
Grave	2 (3,8)	2 (1,5)		
Limitaciones sociofuncionales, n (%)			9,22	0,026
Leve	11 (20)	22 (16,4)		
Moderado	29 (52,7)	62 (46,3)		
Grave	7 (12,7)	6 (4,5)		
En programa de cirugía bariátrica, n (%)			35,49	0,0001
Sí	24 (39,3)	121 (81,2)		
No	37 (60,7)	28 (18,8)		
Edad de inicio obesidad (años), media \pm DE	19,77 \pm 12,54	19,18 \pm 10,78	0,327	NS
Peso previo (kg), media \pm DE	67,28 \pm 13,20	70,55 \pm 13,13	1,03	NS
Peso máximo, media \pm DE	116,95 \pm 23,09	121,01 \pm 20,44	1,207	NS
Peso mínimo, media \pm DE	77,68 \pm 23,53	85,45 \pm 23,32	1,429	NS
Peso actual, media \pm DE	111,82 \pm 23,34	116,90 \pm 19,40	1,493	NS
Índice de masa corporal actual, media \pm DE	43,22 \pm 7,92	45,62 \pm 6,58	2,077	0,05
Grado de insatisfacción corporal*, media \pm DE	8,77 \pm 2,42	7,31 \pm 3,18	2,892	0,005

*0, mínima; 10, máxima satisfacción. DE: desviación estándar; NS: sin significación estadística; TCA: trastorno de la conducta alimentaria.

diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de dependencia de drogas, aunque había un 10% más adictos en el grupo con atracones. Entre los pacientes que realizaron alguna tentativa de suicidio, la media de intentos tendía a ser superior en el grupo de atracones (media \pm desviación estándar [DE], 2,1 \pm 1,5) respecto al grupo sin atracones (1,2 \pm 0,4).

Los pacientes con atracones tenían, como era de esperar, más diagnósticos de TCA, siguiendo tanto criterios de DSM-IV como de CIE-10 (tabla 2). También presentaban mayor insatisfacción corporal, mayor obsesiones por el peso, la figura y la comida y más limitaciones sociofuncionales por su obesidad. El uso de diuréticos, laxantes y anorexígenos con fines purgativos fue reconocido por un pequeño porcentaje de pacientes. El uso de laxantes fue superior en el grupo de atracones (3 pacientes, 5%, frente a 1 paciente, 0,7%; prueba exacta de Fisher, $p = 0,07$). Los pacientes con atracones tenían más baja autoestima y más rasgos de personalidad ansiosos e impulsivos y referían más ideas de culpa. No hubo diferencias en la presencia de alexitimia. El IMC en el momento de la valoración fue superior en los pacientes sin atracones (tabla 3). Los pacientes con atracones tenían puntuaciones más elevadas en algunas escalas que valoran la conducta alimentaria, en la escala de depresión de Beck y en la escala de impulsividad de Barrat (tabla 4).

DISCUSIÓN

Obesos con atracones como subtipo clínico diferenciado

Los atracones de los obesos, aunque no se cumplan los criterios de un diagnóstico concreto como BN o TA, son relevantes desde el punto de vista clínico. Así, se ha considerado que los patrones alimentarios anormales, aunque no se los considere trastornos mentales, son importantes por su impacto en la salud²⁷. Igualmente, otros autores no observan diferencias cualitativas entre pacientes con atracones (cuadros subumbrales) y aquellos que cumplen criterios diagnósticos de TA o BN¹⁷, que se caracterizan por mayor impulsividad, baja autoestima, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y síntomas depresivos^{17,18}. Los denominados síntomas nucleares alimentarios, como la preocupación excesiva por el peso y la figura, son similares en los pacientes con atracones y los pacientes con BN^{9,28}. Estos datos hacen recomendable que se incluya un grupo con diagnóstico de TA subumbral en los estudios sobre el tema¹, apoyando la continuidad entre estos TCA¹⁸.

No observamos diferencias en cuanto a afecciones médicas concomitantes, más relacionado con la presencia de obesidad que con la alteración de la conduc-

TABLA 4. Puntuaciones de las escalas utilizadas para valorar las alteraciones psicopatológicas y la conducta alimentaria

	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	χ^2 o t	p
BDI	17,14 ± 9,84	12,21 ± 8,89	2,654	0,01
BAI	18,69 ± 13,11	14,48 ± 11,49	1,736	NS
BIS	53,59 ± 14,38	47,54 ± 11,23	2,320	0,02
EDI-DT	12,46 ± 5,06	10,41 ± 5,59	1,878	NS
EDI-B	5,43 ± 4,63	1,76 ± 2,57	4,411	0,001
EDI-BD	19,91 ± 6,91	17,71 ± 6,78	1,613	NS
EDI-I	7,94 ± 6,11	4,67 ± 4,92	3,085	0,01
EDI-P	5,23 ± 3,77	3,69 ± 3,58	2,116	0,05
EDI-ID	4,06 ± 3,45	3,72 ± 3,95	0,440	NS
EDI-IA	7,77 ± 5,67	5,16 ± 5,65	2,299	0,05
EDI-MF	6,71 ± 4,93	6,02 ± 3,94	0,810	NS
MOCI-total	10,06 ± 5,37	8,74 ± 4,76	1,271	NS
BITE-síntomas	17,54 ± 8,19	8,68 ± 6,02	5,728	0,001
BITE-gravedad	4,26 ± 6,63	3,17 ± 8,04	0,697	NS
BSQ	132,06 ± 39,64	111,63 ± 41,83	2,381	0,05
EAT	56,11 ± 18,34	61,84 ± 13,04	1,698	0,06

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BDI: Inventario de Depresión de Beck; BIS: Escala de Impulsividad de Barrat; BITE: Test de Investigación sobre Bulimia de Edimburgo; BSQ: Cuestionario de la Figura Corporal; DE: desviación estándar; EAT: Test de Actitudes hacia la Alimentación; EDI: Inventario de los Trastornos de la Alimentación, subescalas: impulso a la delgadez (*drive for thinness*, EDI-DT), síntomas bulímicos (bulimia, EDI-B), insatisfacción corporal (*body dissatisfaction*, EDI-BD), ineficacia y baja autoestima (*ineffectiveness*, EDI-I), perfeccionismo (*perfectionism*, EDI-P), desconfianza interpersonal (*interpersonal distrust*, EDI-ID), conciencia interoceptiva (*interoceptive awareness*, EDI-IA) y miedo a madurar (*maturity fears*, EDI-MF); MOCI: Inventario de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Maudsley; .

ta alimentaria. Tampoco se observaron diferencias en los antecedentes familiares de obesidad. Los antecedentes familiares de TCA fueron superiores en el grupo de atracones, lo que apoya un componente familiar (genético o ambiental) en estos problemas. Se ha señalado que los problemas de conducta alimentaria familiares son un factor de riesgo de TA²⁹. Posiblemente haya más carga familiar psiquiátrica en el subgrupo con atracones. De cualquier forma, la valoración de los antecedentes familiares psiquiátricos se basó en la entrevista con el paciente y no se constató con la valoración de los familiares.

Alteraciones psicopatológicas en pacientes obesos con atracones

Los pacientes con atracones tienen más alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente más síntomas depresivos, y mayor frecuencia de diagnóstico de distimia concomitante. Diversos estudios han observado una asociación entre obesidad y síntomas depresivos³⁰⁻³². La asociación es más evidente cuando se producen atracones⁵. En un estudio gemelar, los atracones tuvieron relación con episodios depresivos³³. En una muestra amplia se observó una correlación entre la historia de depresión y el diagnóstico de TA; además, la depresión fue un factor predictor negativo para la pérdida de peso³⁴. Se ha descrito en un estudio familiar la agregación de TCA, incluido el TA, y trastornos afectivos, lo que señala factores causales familiares comunes³⁵. Las cifras de prevalencia obtenidas por nosotros para los trastornos del humor son similares a las referidas por otros autores^{1,4,7,13,16} y, al igual que nosotros, no observan mayor prevalencia de otros diagnósticos del eje I³. De igual forma, nuestros datos de una mayor puntuación en la Escala de Depresión de Beck en presencia de atracones es coincidente con la mayoría de los autores^{15,36,37}. La

puntuación en dicha escala desciende con la pérdida de peso³⁸. En concordancia con esos datos, observamos que los pacientes con atracones tienen más problemas de insomnio, más ideación suicida y más tentativas de suicidio. Este mayor riesgo de ideación y conductas suicidas ya ha sido descrito previamente por otros autores^{4,5}. No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos respecto a la presencia de disfunción sexual, ya que fue una variable recogida en una pequeña parte de la muestra, aunque clínicamente la diferencia sí resulta relevante (el 51,2% de disfunción sexual en el grupo con atracones y el 37,5% en el grupo sin atracones).

El grupo de pacientes con atracones también presentaba más del doble de diagnósticos de trastornos de personalidad (el 36,7 frente al 15,8%). Los diagnósticos eran heterogéneos y en un porcentaje importante se clasificaron como no especificados al no encajar claramente en un diagnóstico específico. Estos datos también son concordantes con otros estudios que observan mayor prevalencia de trastornos de personalidad en obesos con TA, entre los que predominan los trastornos histriónico, límite, anancástico y evitativo de personalidad^{7,13,14,39}.

Los pacientes con atracones puntuaban más alto en la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS), lo que indica una relación entre impulsividad y atracones. Además tenían más diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional, mayor frecuencia de tentativas de suicidio y mayor número de éstas entre los que realizaban intentos, lo que confirma la impulsividad. La impulsividad y las conductas de atracones se han asociado con conductas suicidas en pacientes con TCA⁴⁰. La mayor impulsividad es una característica destacada del TA³⁷ y, para algunos autores, señala una disfunción serotoninéica en dicho trastorno⁴¹. Se ha observado que una serie de estados emocionales negativos son los principales factores que anteceden a un atracón⁴². Por

lo tanto, con nuestros datos podemos pensar que un humor deprimido junto a una mayor impulsividad estaría en la génesis de las conductas de atracones en los pacientes obesos, aunque por el diseño de nuestro estudio no podemos establecer una relación causal.

No había diferencias en cuanto a síntomas obsesivo-compulsivos medidos por el MOCI. Sin embargo, puntuaban más elevado en la subescala de perfeccionismo de la escala EDI. Por lo tanto, el rasgo de perfeccionismo y los síntomas obsesivos, claramente asociados con la anorexia nerviosa, no parecen una característica distintiva de los obesos con TA⁴³.

Cuando valoramos la presencia de alexitimia mediante la entrevista clínica, no hallamos diferencias entre los grupos. Cuando se ha utilizado un cuestionario como la Escala de Alexitimia de Toronto, tampoco se han observado diferencias⁴⁴. Así pues, la alexitimia no parece una característica relevante de los pacientes con atracones.

Evaluación de la conducta alimentaria en pacientes obesos con atracones

Observamos mayores puntuaciones en el subgrupo de atracones en algunas subescalas que valoran las alteraciones psicopatológicas características de los TCA: las subescalas EDI-B, EDI-I, EDI-P, EDI-IA, BITE-síntomas y BSQ. No se observaron diferencias clínicamente relevantes entre estas escalas según tuvieran el diagnóstico de TA, BN o sólo atracones sin criterios para uno de los anteriores, excepto una puntuación mayor en la escala BSQ en bulimia. Esto apoyaría, con las limitaciones debidas al pequeño tamaño muestral de los subgrupos, una homogeneidad entre estos cuadros y, posiblemente, la falta de límites diagnósticos claros entre el TA como entidad independiente, la bulimia o los atracones sin más, lo que respalda la continuidad entre dichos trastornos.

Las principales diferencias en estas escalas entre los 2 subgrupos se observan, como era esperable, en las que miden comportamientos bulímicos (EDI-B, BITE-síntomas). Las puntuaciones en el EDI concuerdan con las obtenidas en el estudio de Fassino et al³⁷ en una muestra más pequeña, a excepción de que ellos sí observan una diferencia estadísticamente significativa en la subescala DT, que mide el impulso a la delgadez. Nosotros observamos diferencias en esta escala que no alcanzan la significación estadística. Ellos consideran pacientes con criterios para TA, por lo tanto, presumiblemente más graves. No había diferencias en la subescala de insatisfacción corporal del EDI, por una elevada puntuación de ésta en el grupo sin atracones, lo que indica que entre los obesos aun sin atracones ya existe una alta insatisfacción corporal. De cualquier forma, cuando la insatisfacción corporal fue valorada de otra forma (escala del 1 al 10), sí se objetivaba una mayor puntuación en los pacientes con atracones, apoyado también por las diferencias en la escala BSQ. Otros autores observan dicha puntuación elevada en la

subescala EDI-BD (Insatisfacción corporal), que mejora con la pérdida de peso^{45,46}. Los autores coinciden en que la mayor insatisfacción corporal se asocia a la presencia de TA y no al grado de obesidad^{36,46}. Así, nosotros observamos una mayor insatisfacción a pesar de un IMC en el momento de la valoración basal inferior en el subgrupo con atracones. Se ha relacionado la mayor insatisfacción corporal con la baja autoestima⁴⁷. La más baja autoestima en pacientes con atracones la detectamos mediante una variable dicotómica procedente de la valoración clínica y ha sido referida igualmente por otros autores en relación con el TA^{11,15}.

Observamos que los pacientes con atracones tienen más obsesión por el peso, la figura y la comida, considerado síntoma nuclear de los TCA. Esa mayor preocupación por el peso y la figura es característica del TA^{9,10,48} y se debería considerar, según algunos, como un síntoma cardinal en los criterios diagnósticos del TA⁴⁸.

La escala EAT no parece de ayuda para diferenciar estos subgrupos, posiblemente porque su diseño original fue para la valoración de la anorexia nerviosa y es incapaz de diferenciar entre tipos de TCA²¹.

Como limitaciones del estudio, hemos de señalar que los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica y de trastornos de personalidad no se realizaron con una entrevista estructurada, aunque los diagnósticos de bulimia y de TA sí fueron estructurados. Muchas de las variables clínicas se evaluaron con la entrevista clínica y no se utilizaron unas escalas validadas para ellas. De cualquier forma, en variables como impulsividad o síntomas depresivos, que se valoró de ambas formas (escala y evaluación clínica), se observó que había concordancia entre ellas. Los antecedentes familiares se basaron exclusivamente en la información del paciente, que no se contrastó con la información de familiares. La muestra procede de una consulta de psiquiatría, por lo tanto, con alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas y TCA, por lo que los resultados pueden no ser extrapolables a otras muestras de obesos (consultas de atención primaria, de endocrinología o población general).

Aunque, con nuestros datos, no podemos descartar o confirmar que el TA sea una entidad nosológica distinta, como se ha indicado en la nomenclatura del DSM-IV o por otros autores⁸, nuestra impresión es que hay escasas diferencias clínicas con la bulimia en pacientes obesos y que los criterios actuales de investigación parecen bastantes estrictos y dejan fuera a un subgrupo de pacientes con atracones que, posiblemente, presentan de igual forma escasas diferencias clínicas y posiblemente evolutivas con aquellos que cumplen criterios de TA. Por lo tanto, hay que considerar clínicamente relevantes los atracones en pacientes obesos, dadas sus características diferenciales y la posible necesidad de una aproximación terapéutica distinta. Así pues, los obesos mórbidos con atracones forman un grupo posiblemente homogéneo (independientemente del diagnóstico de TCA) y diferenciado del resto de los obesos mórbidos,

porque tienen más alteraciones psicopatológicas, fundamentalmente de tipo afectivo, mayor impulsividad y mayor severidad en las escalas que evalúan conducta alimentaria e insatisfacción corporal. Estos pacientes tienen más baja autoestima y mayor obsesión por el peso y la comida, a pesar de no tener una obesidad más severa. Por lo tanto, es necesario valorar en todos los obesos severos la presencia de alteraciones psicopatológicas y alteraciones de la conducta alimentaria. Son necesarios estudios que identifiquen las aproximaciones terapéuticas más adecuadas para estos pacientes y evalúen la relevancia pronóstica de estas alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord.* 2003;34:S107-16.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.^a ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
4. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JBW. Health problems, impairment and illness associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med.* 2001;31:1455-66.
5. Johnsen LAP, Gorin A, Stone AA, Le Grange D. Characteristics of binge eating among women in the community seeking treatment for binge eating or weight loss. *Eat Behav.* 2003;3:295-305.
6. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord.* 1993;13:137-53.
7. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry.* 1993;150:1472-9.
8. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord.* 2003;34:2-18.
9. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2000;27:259-69.
10. Gromel K, Sargent RG, Watkins JA, Shoob HD, DiGiacchino RF, Malin AS. Measurements of body image in clinical weight loss participants with and without binge-eating traits. *Eat Behav.* 2000;1:191-202.
11. Wilfley DE, Wilson GT, Agras WS. The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2003;34:S96-106.
12. Vervaet M, Van Heeringen C, Audenaert K. Binge eating disorder and non-purging bulimia: more similar than different? *Eur Eat Disord Rev.* 2004;12:27-33.
13. Specker S, De Zwaan M, Raymond N, Mitchell J. Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry.* 1994;35:185-90.
14. Picot AK, Lilienfeld LRR. The relationship among binge severity, personality psychopathology, and body mass index. *Int J Eat Disord.* 2003;34:98-107.
15. Isnard P, Michel G, Frelut ML, Vila G, Falissard B, Naja W, et al. Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003;34:235-43.
16. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Bezerra de Menezes G, Pappelbaum M, Freitas SR, Godoy-Matos A, et al. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. *Psychiatr Res.* 2003;119:189-94.
17. Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 1994;15:43-52.
18. Fitzgibbon ML, Sánchez-Johnsen LAP, Martinovich Z. A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *Int J Eat Disord.* 2003;34:83-97.
19. Beck AT, Ward CM, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961;4:561-71.
20. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
21. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.
22. Garner DM, Olmstead MP, Polivi J. Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord.* 1983;2:15-34.
23. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The "BITE". *Br J Psychiatry.* 1987;150:18-24.
24. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairburn CG. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6:485-94.
25. Rachman SJ, Hodgson R. Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
26. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. En: Monahan J, Steadman HJ, editores. Violence and mental disorder. Development in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press; 1995. p. 61-79.
27. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ. Eating disorder or disordered eating? Non-normative eating patterns in obese individuals. *Obes Res.* 2004;12:1361-6.
28. Ramacciotti CE, Coli E, Paoli R, Gabriellini G, Schulte F, Castrogiovanni S, et al. The relationship between binge eating disorder and non-purging bulimia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2005;10:8-12.
29. Striegel-Moore RH, Fairburn CG, Wilfley DE, Pike KM, Dohm FA, Kraemer HC. Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychol Med.* 2005;35:907-17.
30. Blazer DG, Moody-Ayers S, Craft-Morgan J, Burchett B. Depression in diabetes and obesity. Racial/ethnic/gender issues in older adults. *J Psychosom Res.* 2002;53:913-6.
31. Dong C, Sánchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *Int J Obesity.* 2004;28:790-5.
32. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res.* 2002;53:935-42.
33. Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Sullivan PF, Tambs K, Harris JR. Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obes Res.* 2004;12:1445-54.
34. Linde JA, Jeffery RW, Levy RL, Sherwood NE, Utter J, Pronk NP, et al. Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *Int J Obes.* 2004;28:418-25.
35. Mangweth B, Hudson JI, Pope HG, Hausmann A, De Col C, Laird NM, et al. Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders. *Psychol Med.* 2003;33:1319-23.
36. Lloyd-Richardson EE, King TK, Forsyth LH, Clark MM. Body image evaluations in obese females with binge eating disorder. *Eat Behav.* 2000;1:161-71.
37. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. *J Psychosom Res.* 2003;54:559-66.
38. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity. Changes with weight loss. *Arch Intern Med.* 2003;163:2058-65.

39. Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med.* 2003;33:1311-7.
40. Stein DJ, Lilenfeld LRR, Wildman PC, Marcus MD. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compreh Psychiatry.* 2004;45:447-51.
41. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite.* 2004;43:303-7.
42. Vanderlinden J, DalleGrave R, Fernández F, Vandereycken W, Pieters G, Noorduin C. Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating disorder patients. *Eat Weight Disord.* 2004;9:300-5.
43. Pratt EM, Telch CF, Labouvie EW, Wilson GT, Agras WS. Perfectionism in women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2001;29:177-86.
44. Zwaan M, Bach M, Mitchell JE, Ackard D, Specker SM, Pyle RL, et al. Alexithymia, obesity, and binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 1995;17:135-40.
45. Packianathan IC, Sheikh M, Feben S, Finer N. The Eating Disorder Inventory in a UK National Health Service Obesity Clinic and its response to modest weight loss. *Eat Behav.* 2003;3:275-84.
46. Sorbara M, Geliebter A. Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *Int J Eat Disord.* 2002;31:416-23.
47. Matz PE, Foster GD, Faith MS, Wadden TA. Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70:1040-4.
48. Eldredge KL, Agras WS. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 1996;19:73-82.