

# Una escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar: *Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) de Barcelona*

C. Torrent<sup>a</sup>, E. Vieta<sup>a</sup>, J. A. Crespo<sup>b</sup>, A. Gonzalez-Pinto<sup>c</sup>, J. del Valle<sup>d</sup>, J. M. Olivares<sup>e</sup>, A. Rodríguez<sup>f</sup>, C. de Arce<sup>g</sup>, L. Sánchez-Planell<sup>h</sup> y F. Colom<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa de Trastornos Bipolares. Hospital Clínic-IDIBAPS. Barcelona. <sup>b</sup> Hospital de Bellvitge. Barcelona.

<sup>c</sup> Hospital Santiago Apóstol. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. <sup>d</sup> Hospital de La Princesa. Madrid.

<sup>e</sup> Hospital Xeral-CIES. Vigo. <sup>f</sup> Instituto Municipal de Psiquiatría. IMAS. Barcelona.

<sup>g</sup> Hospital Puerta de Hierro. Madrid. <sup>h</sup> Hospital Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona

## *Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients*

### Resumen

**Introducción.** Los estudios realizados sobre patología alimentaria y trastorno bipolar son más bien escasos, a pesar de la frecuente comorbilidad entre trastorno alimentario y trastorno bipolar que los pocos estudios epidemiológicos realizados han confirmado, con cifras por encima del 10%. Sin embargo, un porcentaje todavía mayor de pacientes bipolares padece problemas en el área de la alimentación que por sus características y gravedad no alcanzan a cumplir criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria.

**Métodos.** Se presenta la escala autoaplicada para las alteraciones de la conducta alimentaria en el trastorno bipolar (Bipolar Eating Disorder Scale, BEDS). El diseño de esta escala se ha realizado en base a ítems de otras escalas ya existentes que valoran la conducta alimentaria y a una lista exhaustiva de quejas referidas por una muestra amplia de pacientes bipolares (n = 350) respecto a sus problemas con la alimentación. Posteriormente, un grupo de expertos seleccionó los ítems más representativos e independientes hasta construir una escala cuantitativa breve, destinada a la cuantificación, que no al diagnóstico, de las disfunciones alimentarias en pacientes bipolares. Se ha pasado la escala a un grupo de controles sanos (n = 55) para evaluar su factibilidad y determinar un punto de corte.

**Resultados.** La BEDS es un cuestionario sencillo, autoaplicado y factible, ya que consta de tan sólo 10 ítems. El tiempo de ejecución fue de 1,13 min (1 min, 21 s) ± 26 s. La puntuación mediana en controles fue de 6 y la puntuación media de 6,6 con una desviación típica de 3,7, por lo que el punto de corte se presintió sobre los 13 puntos. Pacientes con puntuaciones superiores a los 13 puntos requerirán una intervención individualizada para valorar cuáles son sus mayores dificultades y proponer un tratamiento.

**Conclusiones.** La BEDS permite evaluar de una manera rápida y sencilla tanto la intensidad como la frecuencia de las diferentes alteraciones alimentarias en los pacientes bipolares con el fin de poder realizar una intervención adecuada a las necesidades específicas de cada uno de los pacientes.

**Palabras clave:** Trastorno bipolar. Escala autoaplicada. Conducta alimentaria.

### Summary

**Introduction.** The presence of eating disorders in bipolar population is not rare, with rates over 10%, according to the few available epidemiologic studies, however the literature on this issue is still scarce. An even higher percentage of bipolar individuals suffer from serious problems related to eating behavior without fulfilling criteria for DSM-IV eating disorder.

**Methods.** The Bipolar Eating Disorders Scale (BEDS) was designed on the basis of the existing eating scales, adjusted to the characteristics of bipolar disorders from the complaints of our sample of patients (n = 350). Subsequently, a group of experts made the selection of the most representative and independent items in order to obtain a short, 10-item scale, aimed at assessing the intensity and frequency of eating dysfunctions in the bipolar population and not at diagnosis. We administered the scale to a healthy control group (n = 55) to evaluate feasibility and to determine the cut-off score.

**Results.** The BEDS is a 10-item simple, self-administered scale. Average time of completing this scale is about 1.13 min (1 min, 21 seconds) ± 26 seconds. Median score was 6 and the mean score was 6.6 with a standard deviation of 3.7, this being the reason why the cut-off point was found to be around 13 points. Patients receiving scores over 13 may require an individualized intervention to evaluate which were the main difficulties and to propose treatment.

**Conclusions.** The BEDS allows for a rapid and effective evaluation of both the intensity and the frequency of eating dysfunctions in bipolar patients in order to perform an adequate intervention for the specific needs of each one of the patients.

**Key words:** Bipolar disorder. Self-administered scale. Eating behavior.

### Correspondencia:

Eduard Vieta  
Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica  
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
Correo electrónico: evieta@clinic.ub.es

### INTRODUCCIÓN

La comorbilidad con otras patologías psiquiátricas es frecuente en los trastornos bipolares<sup>1</sup>, especialmente con trastornos por abuso y dependencia de sustancias y

trastornos del espectro ansioso que podrían afectar hasta un 20 % de los pacientes bipolares<sup>2</sup>, aunque algunos autores elevan dicha cifra al doble<sup>3</sup>. Los trastornos de la conducta alimentaria son frecuentes entre los pacientes bipolares<sup>4</sup>, pero a pesar de ello las publicaciones sobre el tema son escasas. La prevalencia-vida del trastorno bipolar entre los pacientes afectados de anorexia o bulimia oscila entre el 4 y el 6 %, si bien algunos autores sitúan estas cifras por encima del 10 %<sup>5</sup>. Los escasos estudios epidemiológicos realizados<sup>6,7</sup> confirman la asociación mórbida entre trastornos bipolares y alimentarios y, en particular, entre bulimia y trastorno bipolar tipo II<sup>8</sup>. Sin embargo, la mayoría de los problemas de conducta alimentaria presentes en pacientes bipolares no cumple (por sus características y gravedad) criterios para un trastorno específico de la conducta alimentaria.

La influencia del patrón estacional en los trastornos afectivos, y especialmente en los trastornos bipolares<sup>9</sup>, ha sido sobradamente demostrada<sup>10</sup>. Las depresiones invernales (características sobre todo de los bipolares tipo II) suelen incluir entre sus síntomas el aumento de la ingesta y más específicamente el deseo intenso o *craving* por carbohidratos (presente sobre todo entre mujeres en una ratio de 4:1<sup>11</sup>). El *craving* por carbohidratos se ha asociado a un déficit serotoninérgico<sup>12</sup> y existen datos sobre una mejoría subjetiva del tono tímico una vez finalizado el episodio de *craving*<sup>13</sup>. Los trastornos de la conducta alimentaria en las depresiones atípicas presentan un cierto grado de similitud fenomenológica con los síntomas bulímicos, en particular por la existencia de una pérdida de control sobre la conducta alimentaria.

Otra de las alteraciones de la conducta alimentaria observables en pacientes bipolares es el trastorno por atracón. Uno de los primeros estudios asociando ambas entidades ofrecía una alta prevalencia de trastorno por atracón entre los pacientes bipolares, muy superior a la del resto de población<sup>14</sup>. El cuadro clínico de este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de atracones de comida con sensación subjetiva y manifestaciones comportamentales de falta de control sobre los mismos. Las manifestaciones de esa pérdida de control son comer muy deprisa hasta notar una desagradable sensación de plenitud, la ingesta de grandes cantidades de comida sin que exista la sensación de hambre y profundo malestar que sigue a cada atracón. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) para establecer el diagnóstico de trastorno por atracón es necesario que los atracones provoquen malestar clínicamente significativo, insatisfacción durante y después de los episodios y preocupación por sus efectos a largo plazo sobre el peso y la imagen corporal. En cuanto a su frecuencia, por término medio los atracones deben producirse al menos 2 días por semana durante un período mínimo de 6 meses. Observamos con mucha frecuencia una variación dentro del mismo cuadro que es el atracón nocturno o «síndrome del comedor nocturno», que se caracteriza por episodios durante los cuales el paciente come por la noche y presenta anorexia y restricción alimentaria durante el día. En este tipo de cuadro es, pro-

bablemente, la restricción alimentaria diurna lo que desencadena el siguiente ciclo de sobrealimentación por la noche. En los pacientes bipolares los atracones suelen producirse con mayor frecuencia durante las fases depresivas, pero en muchos casos este patrón persiste durante la eutimia.

En estos últimos años se han realizado varios estudios encaminados a determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los pacientes bipolares<sup>15-18</sup>, encontrándose cifras muy elevadas de prevalencia de obesidad en el trastorno bipolar. Es evidente, por tanto, la necesidad de diseñar estrategias y programas específicos para el control de peso en los pacientes bipolares. Algunos de los factores potencialmente implicados en el sobrepeso en pacientes bipolares son: la comorbilidad con el trastorno por atracón, la alteración de los hábitos alimentarios básicos, el hipotiroidismo subclínico en relación con el tratamiento con carbonato de litio, la inactividad y sedentarismo, etc., y entre ellos destaca la inducción de sobrepeso producida por algunos fármacos. Los antipsicóticos, tanto los típicos como los atípicos (en especial la olanzapina y la clozapina), son los fármacos que se asocian con más frecuencia con aumentos de peso y apetito<sup>19,21</sup>. También es frecuente el sobrepeso asociado a valproato<sup>22</sup> y litio, especialmente durante los primeros 2 años de tratamiento<sup>23</sup>. Por otra parte, la sequedad de boca que acompaña con mucha frecuencia al uso de estas medicaciones o a los anticolinérgicos que se asocian a algunos neurolépticos, estimula la ingestión de líquidos, que a menudo son de alto contenido calórico (como es el caso de la mayoría de refrescos), contribuyendo a aumentar la ingesta calórica total. Tan sólo un fármaco que se utiliza en ocasiones en el trastorno bipolar, el topiramato, ha demostrado reducir el peso y el apetito en estos pacientes<sup>24</sup>.

Es bien sabido que la obesidad conlleva una serie de complicaciones tanto de tipo físico (aumento del riesgo de trastornos cardiovasculares, hipertensión, etc.) como de tipo psicológico (deterioro de la autoimagen y la autoestima, etc.). Todo ello hace necesario plantearse la posibilidad de optimizar el tratamiento y diseñar programas de intervención *ad hoc* para regular el peso de nuestros pacientes.

Por consiguiente se hace necesario diseñar instrumentos que ayuden a la detección y cuantificación de la patología de la ingesta en pacientes bipolares. Puesto que la mayor parte de los pacientes presentan quejas inespecíficas o formas atípicas o incompletas de trastorno alimentario, dicho instrumento debe abarcar un amplio abanico de problemas relacionados específicamente con los que refieren los pacientes bipolares y resultar sencillo y factible. Para ello se diseñó la BEDS, breve y autoaplicada, que aporta una medida de la intensidad de los problemas alimentarios de los pacientes bipolares, del mismo modo que una escala para la ansiedad permite evaluar dicho síndrome en pacientes con un diagnóstico primario distinto de un trastorno de ansiedad. Por tanto, la BEDS debería permitir la cuantificación de la patología alimentaria en pacientes bipolares y el cribado o *screening* a través de un punto de corte establecido em-

píricamente para la aplicación de entrevistas específicas de diagnóstico de trastorno alimentario. Hasta ahora no existía ningún instrumento de estas características.

**MÉTODOS**

La BEDS ha sido construida a partir de dos fuentes: a) ítems de otras escalas de patología alimentaria ya existentes, adaptándolos a las preocupaciones planteadas por nuestros pacientes al respecto, en la práctica clínica diaria y las propias características de la enfermedad bipolar, y b) un listado de síntomas referido por una muestra amplia de pacientes bipolares (n = 350) a los que se les preguntó acerca de dificultades en sus hábitos alimentarios. A partir de aquí se realizó una selección de ítems, eliminando los menos citados y los redundantes, y una comisión de expertos en trastorno bipolar y en patología alimentaria seleccionó los 10 ítems más significativos. Posteriormente, un grupo más amplio de expertos realizó algunas modificaciones en la redacción de los ítems y el formato de la escala y dio su aprobación. El resultado es el diseño de esta sencilla escala, que implica muy poco tiempo de ejecución, consta tan sólo de 10 ítems y es autoaplicada. El punto de corte se ha estima-

do a partir de la mediana de una muestra de controles sanos (n = 55) más dos desviaciones típicas.

**RESULTADOS**

La BEDS es un cuestionario sencillo, autoaplicado y factible ya que consta tan sólo de 10 ítems. La escala nos permitirá evaluar la intensidad y frecuencia de las diferentes alteraciones de la conducta alimentaria en el **anexo 1**. Hemos querido seleccionar los ítems relacionados con la problemática más común expresada a partir de una muestra de 350 pacientes pertenecientes al programa de trastornos bipolares del Hospital Clínico de Barcelona. Podemos dividir los ítems en diferentes grupos: los que hacen referencia a la regularidad de hábitos (ítem 1, ítem 10), a la influencia del estado de ánimo (episodio depresivo, hipomaniaco-maniaco, mixto) en la ingesta alimentaria y alteraciones del apetito (ítem 2, ítem 5, ítem 6), trastornos de la conducta alimentaria como son los atracones (ítem 3, ítem 7), el mecanismo regulador de la saciedad (ítem 4), el hecho de comer de manera compulsiva (ítem 9) y el *craving* de carbohidratos (ítem 8). Cada uno de los ítems presenta cuatro posibles respuestas que van de «siempre» a «nunca», de las cuales se

**ANEXO 1**

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_

<b>BIPOLAR EATING DISORDER SCALE DE BARCELONA</b>				
	0	1	2	3
1. ¿Tiene dificultad en seguir los horarios de las diferentes comidas de forma regular sin saltarse ninguna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cree que su estado de ánimo le influye en tener más o menos apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez se ha levantado durante la noche con la necesidad de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le cuesta parar de comer siempre que se lo propone, aunque esté lleno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuando se siente deprimido/a tiene tendencia a comer más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Si se encuentra eufórico/a le cambia el apetito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿A veces realiza atracones de comida con la sensación de no poder parar de comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Diría que tiene tendencia a comer cosas dulces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Considera que habitualmente tiene demasiado apetito y come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene tendencia a picar entre comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total				<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

0: nunca; 1: a veces; 2: a menudo; 3: siempre.

puntuación de 0 a 3 (0: nunca; 1: a veces; 2: a menudo; 3: siempre). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem y puede oscilar entre 0 y 30. Podemos considerar que pacientes con puntuaciones superiores a 13 sufren probablemente alteraciones relevantes en su conducta alimentaria y por tanto requerirán una intervención individualizada para ver cuáles son sus mayores dificultades y cómo éstas repercuten en su calidad de vida.

La composición final de la escala se muestra en el **anexo 1**. El tiempo medio de ejecución fue de 1,13 min (1 min, 21 s)  $\pm$  26 s. Tras su administración a una muestra de controles sanos (n=55) se obtuvo una puntuación mediana de 6 puntos y una puntuación media de 6,6 puntos, con una desviación típica de 3,7 puntos, por lo que el punto de corte se presituó sobre los 13 puntos ( $6 + [3,7 \times 2] = 13,4$ ). Puntuaciones de 0 a 13 se consideran en principio normales, y por encima de 13 (hasta 30), patológicas.

## CONCLUSIONES

Para el curso del trastorno bipolar es fundamental la medicación, pero también es muy importante la regularidad de hábitos de sueño y alimentarios, respetar unos horarios regulares para las comidas, sin obviar ninguna; intentar llevar a cabo una dieta equilibrada y hacer ejercicio de forma regular. Sin embargo, en muchos de los casos y según la evolución de la enfermedad esta rutina resulta extremadamente difícil de seguir para nuestros pacientes, ya que el estado de ánimo produce alteraciones en el apetito y la ingesta alimentaria, tanto en exceso como en restricción y muchas veces las fluctuaciones en su estado de ánimo hacen que sufran períodos de sedentarismo e inactividad más o menos intensos que dificultan la regularidad de sus hábitos alimentarios y facilitan el aumento de peso. Algunos tratamientos farmacológicos han mejorado el perfil de efectos secundarios de los fármacos más antiguos respecto a otras áreas de la salud, pero no precisamente respecto a hábitos alimentarios y aumento de peso. Hasta la fecha no existía ninguna forma de cuantificar las alteraciones específicas de la conducta alimentaria que presentan los pacientes con trastorno bipolar, por tanto era prioritaria la creación de algún instrumento válido y fiable que permitiera evaluar dichas alteraciones. La BEDS tiene la gran ventaja que supone su alta factibilidad y su administración sencilla, lo que facilita su uso en la práctica clínica con el mínimo empleo de tiempo posible.

El objetivo de esta escala es evaluar tanto la intensidad como la frecuencia de los diferentes problemas anteriormente mencionados, con el fin de poder realizar una intervención adecuada a las necesidades específicas de cada uno de los pacientes (realización de dietas individuales, educación alimentaria facilitando al paciente conocimientos básicos sobre nutrición, ajuste del tratamiento farmacológico, etc.). Dicha intervención debería ser concebida de forma multidisciplinaria, incluyendo

criterios nutricionales y psicológicos, instaurando medidas dietéticas, hábitos de ejercicio oportunos, e intervención psicoterapéutica centrada en técnicas de corte cognitivo-conductual con el fin de incidir en la mejora de la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico de nuestros pacientes. Mediante la BEDS y su administración antes y después de un tratamiento específico para la disfunción alimentaria debería ser posible detectar los cambios inducidos por el tratamiento.

## AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de la BEDS y de este artículo ha sido posible gracias al apoyo del Stanley Medical Research Institute.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eschleman S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
2. Akiskal HS. El espectro clínico predominante de los trastornos bipolares. En: Vieta E, Gastó C, editores. *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag, 1997; p. 194-212.
3. Cooke RG, Young T, Levitt AJ, Pearce MM, Joffe RT. Bipolar II not so different when comorbidity excluded. *Depression* 1995;3:154-6.
4. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:420-6.
5. Hudson JI, Pope HG, Jonas JM, Yuegelun-Todd D. Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorders. *Psychiatric Res* 1983;9:435-54.
6. Kaye W, Weltzin TE, Hsu LKG, Bulik C, McConaha C, Sobkiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on Yale-Brown Obsessive Scale. *Int J Eat Disord* 1992;12:57-62.
7. Simpson SG, al-Mufti R, Andersen AE, DePaulo JR Jr. Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:719-22.
8. Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Benabarre A, Reinares M, Gastó C. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr Psychiatry* 2000;41:339-43.
9. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
10. Montejo J, Ayuso-Gutiérrez JL. Estacionalidad del trastorno bipolar. En: Vieta E, Gastó C, editores. *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer-Verlag, 1997; p. 291-311.
11. Wehr TA, Rosenthal NE. Seasonality and affective illness. *Am J Psychiatry* 1989;146:829-39.
12. Moller, SE. Serotonin, carbohydrates and atypical depression. *Pharmacol Toxicol* 1992;71(Suppl):61-71.
13. Lieberman, HR, Wurtman JJ, Chew B. Changes in mood after carbohydrate consumption among obese individuals. *Am J Clin Nutrition* 1986;44:772-8.
14. Kruger S, Shugar G, Cooke RG. Comorbidity of binge eating disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. *Int J Eat Disord* 1996;19:45-52.

15. Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JI, Williams SM, Romans SE. Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000;61:179-84.
16. Elmslie JL, Mann JI, Silverstone JT, Williams SM, Romans SE. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:486-91.
17. Fagiolini A, Frank E, Houck MSH, Mallinger AG, Swartz HA, Buysse DJ, et al. Prevalence of obesity and weight change during the treatment in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:528-33.
18. McElroy SL, Frye MA, Suppes T, Dhavale D, Keck PE Jr, Leverich GS, et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:207-13.
19. Kinon BJ, Basson BR, Gilmore JA, Tollefson GD. Long-term olanzapine treatment: weight change and weight related health factors in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2001;62:92-100.
20. Casey DE, Zorn SH. The pharmacology of weight gain with antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 7):4-10.
21. Allison DB, Casey DE. Antipsychotic-induced weight gain: a review of the literature. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 7): 22-31.
22. Chengappa KN, Chalassani L, Brar JS, Parepally H, Houck P, Levine J. Changes in body weight and body mass index among psychiatric patients receiving lithium, valproate, or topiramate: an open-label, nonrandomized chart review. *Clin Ther* 2002;24:1576-84.
23. Armond AD. Lithium and weight gain. *Br J Psychiatry* 1996;169:251-2.
24. Vieta E, Torrent C, García-Ribas G, Gilabert A, García-Parés G, Rodríguez A, et al. Use of topiramate in treatment-resistant bipolar spectrum disorders. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:431-5.