

F. Arias Horcajadas<sup>1</sup>  
S. Sánchez Romero<sup>1</sup>  
J. J. Gorgojo Martínez<sup>2</sup>  
F. Almódovar Ruiz<sup>2</sup>  
S. Fernández Rojo<sup>1</sup>  
F. Llorente Martín<sup>1</sup>

# Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones

Unidades de <sup>1</sup>Psiquiatría y <sup>2</sup>Endocrinología  
Fundación Hospital Alcorcón  
Alcorcón (Madrid)

**Introducción.** Nuestro objetivo fue evaluar las diferencias clínicas de pacientes obesos con y sin alteraciones de la conducta alimentaria.

**Material y métodos.** Se estudiaron a 210 pacientes con obesidad mórbida derivados de forma consecutiva a una consulta de psiquiatría en un hospital general por diferentes motivos. Se realizó una entrevista clínica, se valoró la presencia de comorbilidad psiquiátrica y se aplicaron una serie de escalas de psicopatología y de 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 dos grupos: pacientes con conductas de atracones según las definiciones de la CIE-10 y el DSM-IV y aquellos sin estas conductas. En el primer grupo se incluyeron 14 pacientes con bulimia nerviosa, 32 con criterios de trastorno por atracón y 15 pacientes con atracones sin criterios para uno de los dos trastornos citados (total, 61 pacientes con atracones frente a 145 sin atracones).

**Resultados.** Los pacientes con atracones tenían más psicopatología, fundamentalmente mayor prevalencia de distimia, eran más impulsivos según la 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 debidas a su obesidad y presentaba mayor obsesividad sobre el peso y la comida.

**Conclusiones.** Por tanto, los obesos mórbidos con atracones forman un grupo posiblemente homogéneo (independientemente del diagnóstico de trastorno de la conducta alimen-

taria presente) y diferenciado del resto de los obesos mórbidos por la existencia de mayor psicopatología fundamentalmente de tipo afectivo, mayor impulsividad y mayor severidad en las escalas que evalúan síntomas nucleares de los trastornos de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal.

**Palabras clave:**

Atracones. Psicopatología. Obesidad mórbida. Trastorno por atracón. Trastornos de la conducta alimentaria. Impulsividad.

*Actas Esp Psiquiatr 2006;34(6):362-370*

## Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating

**Introduction.** Our objective was to evaluate clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating.

**Methods.** We evaluated 210 morbid obese patients who were referred consecutively to a psychiatric evaluation in a general hospital for different reasons. We used a clinical interview, evaluated psychiatric comorbidity and applied a series of psychopathology and eating behavior 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 Investigatory Test Edinburgh (BITE) and Body Shape Questionnaire (BSQ). The sample was divided in two subgroups: patients with binge eating according to ICD-10 and DSM-IV criteria, and patients without binge eating. The first subgroup was composed of 14 patients with bulimia nervosa, 32 with binge eating disorder, and 15 patients with binge eating who did not fulfill criteria for bulimia or binge eating disorder (subgroup was composed by 61 patients vs 145 patients without binge eating).

**Results.** Binge eating patients showed more psychopathology, more prevalence of dysthymia, higher score in impulsiveness, and scales that evaluated eating disorder. Binge eating patients showed more familial background of eating disorders; more body dissatisfaction in spite of a lower Body Mass Index (BMI). This group showed more functional disability induced by obesity and more weight and shape overconcern.

Correspondencia:  
Francisco Arias Horcajadas  
Unidad de Psiquiatría  
Fundación Hospital Alcorcón  
Av. Budapest, s/n  
28922 Alcorcón (Madrid)  
Correo electrónico: farias@fhalcorcon.es

**Conclusions.** The findings suggest that the morbid obese with binge eating constitute a distinct subgroup (independently of eating disorder diagnosis) among the obese population, with more psychopathology severity, especially affective disorder, more impulsivity, and more severity in core items of eating disorder scales and body dissatisfaction.

**Key words:**

Binge eating. Psychopathology. Morbid obesity. Binge eating disorder. Eating disorder. Impulsivity.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica de elevada prevalencia, de gran relevancia en salud pública por el incremento de incidencia en los países occidentales y por las graves repercusiones para la salud. La obesidad no se considera 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 es controvertida. En 1959, Stunkard propuso el denominado síndrome de atracón y Spitzer en 1992 estableció la definición de trastorno por atracón (TA)<sup>1</sup>. De esta forma, recientemente se han descrito unos criterios diagnósticos provisionales para dicho trastorno<sup>2</sup>. 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-IV<sup>2</sup> como de la CIE-10<sup>3</sup>. La prevalencia del TA en atención primaria oscila sobre un 3,3 y un 8,5 %<sup>4</sup>. El TA es más frecuente que otros TCA<sup>5</sup>. En obesos la prevalencia del TA es del 9 al 34 %<sup>1,6,7</sup>.

El diagnóstico de TA se utiliza para identificar a sujetos que presentan 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 repercusiones conductuales de los mismos<sup>2</sup>.

El TA es una entidad nosológica controvertida. Se han descrito cuatro posibilidades de conceptualización: como variante de la BN, como un subtipo conductual de la obesidad, como una conducta reflejo de la presencia de psicopatología en la obesidad o como un trastorno independiente<sup>8</sup>. Algunos autores apoyan la validez de dicho diagnóstico por presentar diferencias clínicas importantes respecto a los obesos sin TCA asociados y por presentar diferencias respecto a otros pacientes con anorexia o BN<sup>9</sup>. Se trata de un trastorno que se desarrolla en una edad más tardía que la BN<sup>10</sup>, con mayor presencia de varones que en otros TCA, presentando síntomas nucleares propios de los TCA<sup>11</sup>, además de caracterizarse por un importante deterioro social y preocupación excesiva por el cuerpo, la figura y el peso<sup>6</sup>. Para otros autores el trastorno presenta una elevada heterogeneidad clínica, 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 la presencia de psicopatología<sup>1</sup>. Además presenta una elevada similitud clínica con la BN, apoyando la idea de un *continuum* de vulnerabilidad<sup>12</sup>. Los autores coinciden en que los obesos con TA forman un subgrupo con mayor psicopatología, con más prevalencia de trastornos del humor, trastornos de personalidad y dependencia de drogas concomitante<sup>1,7,13-16</sup>.

Igualmente han sido cuestionados los criterios provisionales de investigación para el TA del DSM-IV, observándose escasas diferencias entre aquellos pacientes que los cumplen y aquellos con atracones sin cumplir todos los criterios, sugiriendo para algunos una continuidad nosológica entre ellos y la presencia de todos los criterios de TA sólo indicaría una mayor severidad<sup>17</sup>. Otros autores apoyan una continuidad entre el TA, la BN y los cuadros subumbrales de ambos<sup>18</sup>.

Nuestro objetivo fue valorar las diferencias clínicas entre dos grupos de pacientes con obesidad mórbida valorados en una consulta de psiquiatría del hospital general: aquellos con presencia de atracones frente a los que no tenían alteraciones en este sentido.

## MATERIAL Y MÉTODOS

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, presencia de alteraciones de la conducta alimentaria o presencia de psicopatología). A todos los pacientes se les realizó una entrevista clínica, se recogieron de forma sistematizada una serie de variables clínicas y sociodemográficas y se usaron diversas escalas para valoración de psicopatología y de la conducta alimentaria: Escala de Depresión de Beck (BDI)<sup>19</sup>, Escala de Ansiedad de Beck (BAI)<sup>20</sup>, Test de Actitudes hacia la Comida (EAT)<sup>21</sup>, Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)<sup>22</sup>, Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)<sup>23</sup>, Cuestionario sobre la Figura Corporal (BSQ)<sup>24</sup>, Inventario de Obsesiones-Compulsiones de Maudsley (MOCI)<sup>25</sup> y Escala de Impulsividad de Barrat (BIS)<sup>26</sup>. En todos los pacientes se evaluaron de forma sistemática la presencia o no de todos los criterios diagnósticos de BN del DSM-IV y de la CIE-10 y la presencia o no de los criterios diagnósticos de investigación para el trastorno por atracón del DSM-IV. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron a través de 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 severidad en una escala 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 chi cuadrado para

variables cualitativas y 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 chi cuadrado.

## RESULTADOS

Se dividió la muestra en dos subgrupos según la presencia o no de 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 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 entre los pacientes con atracones sólo (sin cumplir criterios de BN o de 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 la 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 personalidad en el subgrupo de bulimia. Había seis pacientes sin atracones que refirieron la existencia de vómitos autoprovocados, todos de intensidad leve y poco frecuentes que se incluyeron en el grupo de obesos sin atracones.

Los pacientes con atracones eran más jóvenes, tenían más antecedentes familiares de TCA y se observaba una

tendencia a mayor carga familiar psiquiátrica, sobre todo en la madre (tabla 1). Este grupo tenía mayor comorbilidad psiquiátrica, fundamentalmente mayor presencia de distimia y presentaba un trastorno de personalidad con más frecuencia. Referían más ideación autolítica, mayor número de tentativas autolíticas, más problemas de insomnio y mayor uso de antidepresivos (tabla 2). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de dependencia de drogas, aunque existía un 10 % más de adictos en el grupo con atracones. Entre los pacientes que realizaron alguna tentativa autolítica, la media de intentos tendía a ser superior en el grupo de atracones (media: 2,1; DE: 1,5) respecto al grupo sin atracones (media: 1,2; DE: 0,4).

Los pacientes con atracones tenían, como era de esperar, más diagnósticos de TCA, tanto siguiendo criterios DSM-IV como CIE-10 (tabla 2). También presentaban mayor insatisfacción corporal, mayor obsesividad por el peso, la figura y la comida y más limitaciones sociofuncionales debidas a 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 (tres pacientes [5%] frente a un paciente [0,7%], prueba exacta de Fisher con  $p = 0,07$ ). Los pacientes con atracones tenían más baja autoestima, más rasgos de personalidad ansiosos e impulsivos y referían más ideas de culpa. No hubo diferencias en la presencia de alexitimia. El índice de masa corporal (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 conducta alimentaria, en la BDI y en la BIS (tabla 4).

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

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

Tabla 2	Diagnóstico psiquiátrico y psicopatología			
	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	$\chi^2$ o t	p
<b>Diagnóstico psiquiátrico comórbido</b>	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%)		
<b>Trastorno de personalidad</b>	22 (36,7%)	23 (15,8%)	10,9	0,001
Trastorno 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%)		
<b>Dependencia de drogas</b>	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%)		
<b>Diagnóstico de TCA (CIE-10)</b>			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%)		
<b>Diagnóstico de TCA (DSM-IV)</b>			151	0,001
Bulimia nerviosa	14 (23%)	0 (0%)		
TCA no especificado	47 (77,1%)	10 (6,8%)		
Ideación autolítica	16 (27,6%)	16 (11,4%)	7,9	0,005
N.º de tentativas autolíticas	0,29 (DE: 0,92)	0,05 (DE: 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	0,000
Uso de otros psicofármacos	4 (6,5%)	4 (2,7%)		

TCA: trastorno de la conducta alimentaria; NS: no significativo.

## DISCUSIÓN

### Obesos con atracones como subtipo clínico diferenciado

La presencia de atracones en obesos, aunque no se cumplan los criterios de un diagnóstico concreto como bulimia o trastorno por atracón, es relevante desde el punto de vista clínico. Así se ha considerado que patrones alimentarios anormales aunque no sean considerados trastornos mentales son importantes en su impacto sobre la salud<sup>27</sup>. Igualmente otros autores no observan diferencias cualitativas entre pacientes con atracones (cuadros subumbrales) y aquellos que cumplen cri-

terios diagnósticos de TA o BN<sup>17</sup>, caracterizándose estos pacientes por mayor impulsividad, baja autoestima, obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal y presencia de síntomas depresivos<sup>17,18</sup>. Los denominados síntomas nucleares alimentarios como la preocupación excesiva por el peso y la figura son similares entre pacientes con atracones y pacientes con BN<sup>9,28</sup>. Estos datos hacen recomendable que se incluya un grupo con diagnóstico de TA subumbral en los estudios sobre el tema<sup>1</sup>, apoyando la continuidad entre estos TCA<sup>18</sup>.

No observamos diferencias en la presencia de patología médica concomitante, más relacionada con la presencia de obesidad que con la alteración de la conducta alimentaria.

Tabla 3		Características clínicas de la conducta alimentaria			
	Con atracones (n = 61)	Sin atracones (n = 149)	$\chi^2$ o t	p	
<b>Severidad de los atracones</b>					
Leve	30 (49,2%)	0 (0%)	210,00	0,0001	
Moderado	28 (45,9%)	0 (0%)			
Grave	3 (4,9%)	0 (0%)			
<b>Vómitos</b>					
Leve	9 (14,8%)	6 (4%)	35,01	0,0001	
Moderado	9 (14,8%)	0 (0%)			
Grave	1 (1,6%)	0 (0%)			
<b>Sedentarismo</b>					
Leve	7 (12,5%)	19 (13,5%)	1,44	NS	
Moderado	38 (67,9%)	85 (60,3%)			
Grave	6 (10,7%)	24 (17%)			
<b>Obsesividad peso/comida</b>					
Leve	21 (40,4%)	39 (29,3%)	15,69	0,001	
Moderado	24 (46,2%)	40 (30,1%)			
Grave	2 (3,8%)	2 (1,5%)			
<b>Limitaciones sociofuncionales</b>					
Leve	11 (20%)	22 (16,4%)	9,22	0,026	
Moderado	29 (52,7%)	62 (46,3%)			
Grave	7 (12,7%)	6 (4,5%)			
<b>En programa de cirugía bariátrica</b>					
Sí	24 (39,3%)	121 (81,2%)	35,49	0,0001	
No	37 (60,7%)	28 (18,8%)			
Edad de inicio de obesidad (años)	19,77 (DE: 12,54)	19,18 (DE: 10,78)	0,327	NS	
Peso previo (kg)	67,28 (DE: 13,20)	70,55 (DE: 13,13)	1,030	NS	
Peso máximo	116,95 (DE: 23,09)	121,01 (DE: 20,44)	1,207	NS	
Peso mínimo	77,68 (DE: 23,53)	85,45 (DE: 23,32)	1,429	NS	
Peso actual	111,82 (DE: 23,34)	116,90 (DE: 19,40)	1,493	NS	
Índice de masa corporal actual (kg/m <sup>2</sup> )	43,22 (DE: 7,92)	45,62 (DE: 6,58)	2,077	0,05	
Grado de insatisfacción corporal (0: mínima; 10 máxima satisfacción)	8,77 (DE: 2,42)	7,31 (DE: 3,18)	2,892	0,005	

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

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 para el TA<sup>29</sup>. Posiblemente existe más carga familiar psiquiátrica en el subgrupo con atracones. De cualquier forma, la valoración de los antecedentes familiares psiquiátricos se basó en la entrevista al paciente y no se constató con la valoración de los familiares.

### Psicopatología en pacientes obesos con atracones

Los pacientes con atracones tienen mayor psicopatología, fundamentalmente más síntomas depresivos y mayor presencia de un diagnóstico comórbido de distimia. Existía el doble de riesgo de padecer un diagnóstico de distimia en el grupo de pacientes con atracones, aunque no había diferencias en la presencia de otros trastornos psiquiátricos. Diversos estudios han observado una asociación entre obesidad y presencia de síntomas depresivos<sup>30-32</sup>. La asociación es más evidente cuando están presentes los atracones<sup>5</sup>. En

Tabla 4 Puntuaciones de escalas

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

DE: desviación estándar; BDI: Inventario de Depresión de Beck; BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; BIS: Escala de Impulsividad de Barrat; EDI: Inventario de los Trastornos de la Alimentación. Subescalas: Impulso a la delgadez (*drive for thinness*, EDI-DT), sintomatología bulímica (bulimia, EDI-B), insatisfacción corporal (*body dissatisfaction*, EDI-BD), ineffectividad 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; BITE: Test de Investigación sobre Bulimia de Edinburgo; BSQ: Cuestionario de la Figura Corporal; EAT: Test de Actitudes hacia la Alimentación.

un estudio gemelar la presencia de atracones se asoció a la de episodios depresivos<sup>33</sup>. En una muestra amplia se observó una correlación entre la presencia de una historia de depresión y el diagnóstico de TA, además la presencia de depresión fue un factor predictor negativo para la pérdida de peso<sup>34</sup>. Se ha descrito en un estudio familiar la coagregación de TCA, incluyendo el TA, con los trastornos afectivos, sugiriendo factores causales familiares comunes<sup>35</sup>. Las cifras de prevalencia obtenidas por nosotros para los trastornos del humor son similares a las referidas por otros autores<sup>1,4,7,13,16</sup> y, al igual que nosotros, otros autores no observan mayor prevalencia de otros diagnósticos del eje I<sup>13</sup>. De igual forma nuestros datos de una mayor puntuación en la BDI en presencia de atracones es coincidente con la mayoría de los autores<sup>15,36,37</sup>. La puntuación en dicha escala desciende con la pérdida de peso<sup>38</sup>. En concordancia con estos datos observamos que los pacientes con atracones tienen más problemas de insomnio, más ideación suicida y más tentativas autolíticas. Este mayor riesgo de ideación y conductas suicidas ya ha sido descrito previamente por otros autores<sup>4,5</sup>. No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos respecto a la presencia de disfunción sexual debido a que

fue una variable recogida en una pequeña parte de la muestra, aunque clínicamente la diferencia sí resulta relevante (51,2% de disfunción sexual en el grupo con atracones frente a 37,5% en el grupo sin atracones).

El grupo de pacientes con atracones también presentaban más del doble de diagnósticos de trastornos de personalidad (36,7 frente a 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 son también concordantes con otros estudios que observan mayor prevalencia de trastornos de personalidad en obesos con TA, predominando los trastornos histriónico, límite, anancástico y evitativo de personalidad<sup>7,13,14,39</sup>.

Los pacientes con atracones puntuaban más alto en la BIS, indicando una relación entre la presencia de impulsividad y atracones. Además tenían más diagnósticos de trastorno de inestabilidad emocional, mayor frecuencia de tentativas autolíticas y mayor número de éstas entre los que realizaban intentos, apoyando dicha impulsividad. La impulsividad y las conductas de atracones se han asociado con la presencia de conductas suicidas en pacientes con TCA<sup>40</sup>. La mayor impulsividad es una característica destacada del TA<sup>37</sup> y para algunos autores sugiere una disfunción serotoninérgica en dicho trastorno<sup>41</sup>. Se ha observado que una serie de estados emocionales negativos son los principales factores que anteceden a un atracón<sup>42</sup>. Por tanto, con nuestros datos podemos pensar que la presencia de un humor deprimido junto a una mayor impulsividad estaría en la génesis de las conductas de atracones en pacientes obesos, aunque por el diseño de nuestro estudio no podemos establecer una relación causal.

No había diferencias en la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos medidos por el MOCI. Sin embargo, puntuaban más elevado en la subescala de perfeccionismo de la escala EDI. Por tanto, el rasgo de perfeccionismo y los síntomas obsesivos, claramente asociados a la anorexia nerviosa, no parecen una característica distintiva de los obesos con TA<sup>43</sup>.

Cuando valoramos la presencia de alexitimia a través de 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 diferencias<sup>44</sup>. 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 psicopatología característica de los TCA: en la subescalas EDI-B, EDI-I, EDI-P,

EDI-IA, BITE-síntomas y BSQ. No se observaban diferencias clínicamente relevantes entre estas escalas según tuvieran el diagnóstico de TA, BN o sólo la presencia de 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 trastorno por atracón como entidad independiente, de la bulimia o de los atracones sin más, apoyando la continuidad entre dichos trastornos.

Las principales diferencias en estas escalas entre los dos 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 al.<sup>37</sup> en una muestra más pequeña, a excepción de que ellos sí observan una diferencia estadísticamente significativa en la subescala DT. Nosotros observamos diferencias en esta escala que no alcanzan la significación estadística. Ellos consideran pacientes con criterios para TA, por 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, indicando que entre los obesos aún 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<sup>45,46</sup>. Los autores coinciden en que la mayor insatisfacción corporal se asocia a la presencia de TA y no al grado de obesidad<sup>36,46</sup>. 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 autoestima<sup>47</sup>. 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<sup>11,15</sup>.

Observamos que los pacientes con atracones tienen mayor obsesividad 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<sup>9,10,48</sup> y debería considerarse según algunos como un síntoma cardinal en los criterios diagnósticos del TA<sup>48</sup>.

La escala EAT no parece de ayuda para diferenciar estos subgrupos en relación posiblemente con el hecho de que su diseño original fue para la valoración de la AN y su incapacidad para diferenciar entre tipos de TCA<sup>21</sup>.

Como limitaciones del estudio hemos de señalar que los diagnósticos comórbidos psiquiátricos y de trastornos de personalidad no se realizaron con una entrevista estructu-

rada, 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 las mismas. De cualquier forma en variables como impulsividad o presencia de síntomas depresivos que se valoraron de ambas formas (escala y evaluación clínica) se observó que existía concordancia entre ellas. Los antecedentes familiares se basaron exclusivamente en la información del paciente y no se contrastó con la información de familiares. La muestra procede de una consulta de psiquiatría, por tanto, con alta prevalencia de psicopatología y alteraciones de la conducta alimentaria, 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 apoyar la existencia del trastorno por atracón como entidad nosológica distinta, como se ha sugerido en la nomenclatura del DSM-IV o por otros autores<sup>8</sup>, nuestra impresión es que existen escasas diferencias clínicas con la bulimia en pacientes obesos y que los criterios actuales de investigación parecen bastante 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 tanto, la presencia de atracones en pacientes obesos hay que considerarla clínicamente relevante 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 presente) y diferenciado del resto de los obesos mórbidos por la existencia de mayor psicopatología, fundamentalmente de tipo afectivo, mayor impulsividad y mayor severidad en las escalas que evalúan conducta alimentaria e insatisfacción corporal. Estos pacientes presentan más baja autoestima y mayor obsesividad por el peso y la comida a pesar de no tener una obesidad más severa. Por tanto, es necesario valorar en todos los obesos severos la presencia de psicopatología y de 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<sup>th</sup> ed. Washington: APA, 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 illnesses 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-S106.
12. Vervaeke 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, Papellabaum 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 Psychiatry* 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;56:893-97.
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, Polivy 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. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
26. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. Development in risk assessment. En: Monahan J, Steadman HJ, editors. 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. 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, Lilienfeld LRR, Wildman PC, Marcus MD. Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Compr 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. 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.