

Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

nutricion@grupoaran.com

Sociedad Española de Nutrición

Parenteral y Enteral

España

Escandón-Nagel, Neli

Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón

Nutrición Hospitalaria, vol. 33, núm. 6, 2016, pp. 1470-1476

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309249472032>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Nutrición Hospitalaria



Revisión

Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón

Comparison between people with overnutrition, with and without binge eating disorder

Neli Escandón-Nagel

Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Católica de Temuco. Chile

Resumen

Introducción: si bien el trastorno por atracón es un trastorno de la conducta alimentaria que no se da exclusivamente en personas obesas, es más común en este grupo que en sujetos con normopeso. Sin embargo, no todas las personas con malnutrición por exceso presentan trastorno por atracón.

Objetivo: identificar el conocimiento actual respecto a las diferencias y semejanzas existentes entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón.

Método: para lograr el objetivo anterior, se realizó una revisión de artículos científicos en torno al tema.

Resultados: primero se analizó la comorbilidad psicopatológica en obesidad y después se detectaron similitudes y diferencias entre los grupos de interés, tanto en sintomatología general, como en sintomatología de la conducta alimentaria. Además, se identificaron algunos aspectos controversiales, en que existe evidencia contradictoria respecto a la comparación intergrupal.

Conclusión: de esta revisión se concluye que en el estudio de la obesidad se hace necesario conocer en mayor profundidad las características del subgrupo de pacientes que además presenta trastorno por atracón, ya que estas personas poseen características distintivas cuyo conocimiento permitirá ofrecer tratamientos integrales más adecuados a las necesidades de los pacientes, lo que posibilitará, en consecuencia, diseñar intervenciones más eficaces.

Abstract

Introduction: Even though binge eating disorder is an eating disorder that does not occur exclusively in obese people, it is more common in this group than in subjects with normal weight. However, it has to be said that not all people with overnutrition have binge eating disorder.

Objective: Identify current knowledge about the differences and similarities between people with overnutrition with and without binge eating disorder.

Method: A review of scientific articles on the subject was conducted in order to achieve the above mentioned objective.

Results: First, psychopathological comorbidity obesity was analyzed and then similarities and differences between the groups of interest were detected, both in general symptoms as well as in symptoms of eating behavior. Furthermore, controversial aspects were found since there is conflicting evidence regarding the intergroup comparison.

Conclusion: This review concludes that within the study of obesity it is necessary to know in greater depth the characteristics of the subset of patients who also presents binge eating disorder, because these people have distinctive characteristics that can generate new knowledge that will provide more adequate comprehensive treatment needs of patients, which ultimately will enable to design more effective interventions.

Key words:

Eating disorders.
Obesity. Binge eating disorder.

Recibido: 02/08/2016
Aceptado: 02/09/2016

Escandón-Nagel N. Comparación entre personas con malnutrición por exceso con y sin trastorno por atracón. Nutr Hosp 2016;33:1470-1476

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.428>

Correspondencia:

Neli Escandón-Nagel. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Católica de Temuco. Manuel Montt 056. Temuco, IX región, Chile
e-mail: nescandon@uct.cl

INTRODUCCIÓN

La primera alusión a los atracones de comida la realizó hace más de cinco décadas Stunkard (1), quien identificó tres patrones de alimentación en obesidad: el comer de noche, los atracones y la dificultad para saciarse. Sin embargo, no fue hasta varios años después que se definieron los primeros criterios diagnósticos para el trastorno por atracón (TA) (2).

Posteriormente, en el año 2013 el TA se incluyó dentro del DSM-5 (3) en el apartado de "Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos" como una categoría independiente, pues anteriormente se clasificaba dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

Según el DSM-5 (3), un atracón se define por comer en un periodo determinado de tiempo grandes cantidades de comida, mayor a lo que otras personas comerían en un periodo similar y bajo circunstancias parecidas, todo lo cual se acompaña de una sensación de pérdida de control.

Además de lo anterior, deben presentarse al menos tres de los siguientes criterios asociados a los atracones: ingesta más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho, sin sensación de hambre, comer en soledad a causa de sentimientos de vergüenza; y/o sentimientos negativos sobre sí mismo posteriores a la ingesta. Los atracones además se asocian a un intenso malestar (3).

Para configurar el diagnóstico de TA debe darse, al menos, un atracón a la semana durante un periodo de tres meses, sin que existan comportamientos compensatorios inadecuados recurrentes, tales como vómitos o uso de laxantes, como ocurre en la bulimia nerviosa (BN) (3).

El TA puede manifestarse en personas con normopeso, sobrepeso u obesidad, sin embargo, suele asociarse a individuos con malnutrición por exceso que buscan tratamiento para la pérdida de peso. No obstante, se ha de tener en cuenta que obesidad y TA no son lo mismo, pues hay personas con malnutrición por exceso que no suelen tener atracones de forma recurrente (3). En esta misma línea, se ha comparado a personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), específicamente TA o BN, con personas sin TCA en una amplia muestra comunitaria, observándose que de aquellos sin TCA, el 15,8% presenta obesidad, mientras que del grupo que alguna vez había tenido TA o BN, el 36,2% son obesos, evidenciándose así el nexo entre TCA y obesidad (4).

Hay distintas formas de entender el TA. Se le ha considerado como una variante de la BN, como un subtipo conductual de la obesidad, como conducta reflejo de alteraciones psicopatológicas en la obesidad o como un trastorno independiente, por derecho propio (5). Esta última perspectiva es la que prevalece actualmente, con la inclusión de este cuadro psicopatológico en el DSM-5 (3).

Según el primer estudio de prevalencia de TA, este trastorno se da en el 30,1% de las personas que se encuentran en tratamiento para la pérdida de peso, mientras que en la población general se presenta solamente en el 2% (2). Específicamente en personas con obesidad candidatos a cirugía bariátrica, se ha observado que el 48,3% presentan TA, es decir, casi la mitad manifiesta este trastorno psicopatológico (6).

La obesidad y los TCA comparten elementos comunes. Tal es así que la obesidad actúa como un factor de riesgo para TCA, a la vez que los TCA también suponen riesgo de obesidad en muchos casos (7).

Llama la atención que menos de la mitad de las personas con TA ha recibido tratamiento a lo largo de su vida para el trastorno alimentario (38,3%), a pesar de que la mayoría alguna vez recibió algún tipo de tratamiento psicológico para problemas emocionales (57,7%) (4).

Distintas son las razones por las que poca gente consulta por problemas relacionados con la presencia de atracones de comida. En ocasiones los médicos le restan importancia a este tipo de patologías y además, a veces, los profesionales sanitarios no ofrecen la ayuda adecuada, indicando solamente dietas, cuando en realidad sería necesario ofrecer intervenciones más complejas que esa (8).

Considerando los antecedentes expuestos, esta investigación tiene por objetivo realizar una comparación entre personas con malnutrición por exceso con y sin TA, a fin de identificar el conocimiento actual existente respecto a las similitudes y diferencias entre ambos grupos de personas, ya que es necesario reconocer las particularidades de cada grupo a fin de ofrecer intervenciones que puedan resultar más eficaces. Para esto, primero se realiza un análisis general de la comorbilidad psicopatológica en obesidad.

MÉTODO

Se realizó una revisión teórica de artículos electrónicos sobre comorbilidad psicopatológica en obesidad, profundizando específicamente en investigaciones en que se comparara a personas con malnutrición por exceso con y sin TA. La búsqueda se realizó principalmente en dos bases de datos: Scopus y Web of Science, considerando como criterios de inclusión artículos tanto teóricos como empíricos, en inglés o español, que analizaran posibles diferencias y/o similitudes entre personas con obesidad con y sin TA, focalizando la búsqueda particularmente en estudios publicados en el periodo 2010-2015. A partir de las investigaciones así seleccionadas se identificaron algunos estudios previos a dicho periodo vinculados con el tema. Se excluyeron investigaciones realizadas en animales.

RESULTADOS

Primero se realizó un análisis general de alteraciones psicopatológicas en obesidad, para luego presentar un análisis de similitudes y diferencias entre personas con malnutrición por exceso con y sin TA. Finalmente, se identificaron también algunos aspectos controversiales, es decir, variables que cuentan con evidencia contradictoria respecto a la comparación entre los grupos de interés.

COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA EN OBESIDAD

La relación entre obesidad y psicopatología no está del todo clara, siendo difícil reconocer si cuando existen alteraciones psi-

copatológicas, estas son causa o efecto de la obesidad. En una revisión de la literatura se concluyó que las comorbilidades más habituales en malnutrición por exceso son alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, consumo de sustancias y TCA, aunque se advierte que estos resultados pueden tal vez estar sesgados, ya que generalmente las investigaciones tienden a buscar evidencias respecto a estos trastornos y no a otros (9).

Además de lo anterior, la obesidad también parece asociarse a una peor calidad de vida en relación a la salud, mayor insatisfacción corporal, una autoestima más negativa, trastornos de personalidad y descontrol de impulsos (10).

Respecto a los TCA, en relación a una muestra de niños y adolescentes en tratamiento para la pérdida de peso, se ha observado que el 6% presenta TA, en tanto que el 14% muestra formas subclínicas de esta patología (11). En pacientes adultos que siguen tratamiento para adelgazar, el 20,6% presenta conductas alimentaria anómalas, tales como comer en secreto, darse atracones, levantarse de noche a comer, etc., el 4,1% cumple criterios para TA y el 2,5% para BN (12). Sin embargo, las cifras son dispares, pues estudios como el de Fandiño y cols. (13) realizado solo con una muestra de mujeres que siguen tratamiento para perder peso indican que el 26% cumple criterios de TA, en tanto que Wright y cols. (14) reportan que un 13% de hombres y mujeres con sobrepeso y obesidad pertenecientes a una muestra general presentan atracones. La disparidad en las cifras puede deberse a que se trata de grupos etarios y de género diferentes.

Se suele encontrar mayor comorbilidad con psicopatología en estudios que incluyen pacientes obesos en programas de cirugía bariátrica, lo que se explica debido a que la obesidad mórbida es más probable que se asocie a problemas psicosociales graves (9). Respecto a esta población, se ha observado que personas con un grado de obesidad elevado que buscan someterse a cirugía bariátrica, muestran una peor calidad de vida, así como mayor sintomatología depresiva que quienes buscan tratamientos tendientes a modificar el estilo de vida. En este grupo, además, un elevado IMC, la presencia de sintomatología ansiosa y el deseo de alcanzar un peso bajo se asocian a una mala calidad de vida (15).

En esta misma línea Somerville y cols. (16) también señalan que las personas con obesidad severa ($IMC > 40$) experimentan menos bienestar psicológico y cuentan con una autopercepción de su salud peor que la población general, independientemente de las comorbilidades médicas, como la depresión, patología que se presenta en un 43,2% de los pacientes obesos. Finalmente, estos autores concluyen también que el apoyo social interviene como un factor que favorece el bienestar psicológico. Según Magallares y cols. (17) las personas con obesidad manifiestan menor bienestar subjetivo que sujetos con peso normal.

Además de todo lo anterior, quienes presentan obesidad sufren el estigma social y la discriminación por su peso y apariencia, lo que afecta negativamente su bienestar subjetivo y su calidad de vida relacionada con la salud (18).

En general, los estudios que investigan la comorbilidad en obesidad suelen emplear una metodología de tipo correlacional, a partir de lo cual se hace difícil determinar causalidad (9).

La comorbilidad entre obesidad y psicopatología pudiera estar dada, en parte, porque en ambos casos se producen alteraciones

neurobiológicas similares, por lo que la reducción del peso sería una estrategia no solo beneficiosa para la salud física de las personas con obesidad, sino que también para su bienestar psicológico (19).

COMPARACIÓN ENTRE PERSONAS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO CON Y SIN TA

Diferencias

Distintos autores coinciden en que las personas con malnutrición por exceso con TA presentan mayor comorbilidad psiquiátrica que personas con obesidad sin TA, específicamente manifiestan que el grupo con TA presenta mayor sintomatología afectiva y ansiosa (20-23). Tal es así que se estima que el 47,7%, es decir, cerca de la mitad de quienes tienen obesidad y TA, cumplen criterios para algún trastorno psicopatológico, a diferencia del 16,4% de los obesos sin TA (22).

Jones-Corneille y cols. (22) analizaron lo que ocurre específicamente respecto a los trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad, señalando que la prevalencia puntual de trastornos anímicos en TA es de 27,3%, en tanto que en obesidad sin TA la cifra es de 4,9%. La prevalencia de vida de estas patologías también es mayor en personas con TA (52,3% vs. 23%). En cuanto a los trastornos de ansiedad informan que la prevalencia puntual es de 27,3% en TA y de 8,2% en obesidad sin TA; mientras que la prevalencia de vida es de 36,4% y 16,4% respectivamente.

Dentro de los trastornos afectivos y ansiosos el trastorno depresivo mayor, junto con el trastorno de pánico sin agorafobia son los más comunes, tanto en obesidad sin TA, como en obesidad con TA, aunque es mayor su prevalencia en este último caso (22).

La presencia de atracones en obesidad no solo se asocia a mayor riesgo de depresión, trastorno de pánico y síntomas ansiosos en general, sino que también se asocia a fobias, dependencia de alcohol, insomnio, agitación, y baja autoestima (21). Ambos grupos difieren, también, en ansiedad social, desconfianza, alexitimia, siendo mayores estos síntomas en personas con TA (24).

A pesar de estas marcadas diferencias entre los grupos, no está clara la relación entre TA y comorbilidad psiquiátrica, pero parece ser que el atracón representa un modo de regular el estado de ánimo en personas que presentan disposición a afecto depresivo y/o ansioso (21).

Todo lo anterior va en la línea de las observaciones que indican que las personas con obesidad y TA manifiestan una autoestima más dañada y se sienten más infelices consigo mismos que quienes no tienen TA (22,25), a pesar de que en ambos grupos el peso y la figura influyen fuertemente en la autoestima (26). A su vez, el deterioro en la autoestima y la infelicidad pueden influir en que las personas obesas con TA presenten más ideación y conductas suicidas (20).

En cuanto a los trastornos de personalidad, un poco más del doble de las personas con obesidad y TA manifiestan este tipo de trastornos en comparación con quienes tienen obesidad sin trastorno alimentario (36,7% vs. 15,8%). En general, se trata de cuadros no especificados caracterizados por una elevada inesta-

bilidad emocional, aspecto que suele ser mayor en quienes presentan TA (20). Según Bulik y cols. (21) los rasgos obsesivo-compulsivos, así como el neuroticismo y la dependencia, suelen ser mayores en las personas con TA.

No es de extrañar entonces, a partir de todo esto, que quienes tienen obesidad y TA presenten mayor deterioro funcional, peor calidad de vida, mayor malestar subjetivo (3) mayor insatisfacción con la salud (21) y mayor estrés percibido (23) que personas con el mismo índice de masa corporal (IMC), pero sin el trastorno alimentario.

Un aspecto importante de mencionar respecto a la sintomatología alimentaria, es que las investigaciones apuntan a que las personas con TA presentan más síntomas de trastornos alimentarios que quienes tienen obesidad sin TA (20,23,25-28).

El TA se relaciona con mayor obsesión respecto al peso, la silueta y la ingesta y, en general, las personas con obesidad y TA muestran mayor preocupación por estos aspectos (20,23,25,28). Además, parece ser que mientras mayor es la frecuencia de atracones en TA, menor es la restricción en la alimentación (25). La sobrevaloración del peso y la silueta también es mayor en TA que en obesos sin TA, lo que se asocia a más síntomas depresivos y alimentarios (28).

Ahrberg y cols. (29) distinguen entre distintos aspectos de la imagen corporal, observando que las personas obesas con TA difieren de los sin TA principalmente en lo referido a elementos cognitivo-afectivos, pues manifiestan una mayor preocupación por el peso y la silueta. El componente conductual, que alude a conductas de evaluación y medición del propio cuerpo, así como también a conductas de evitación de situaciones en que la atención está puesta sobre el cuerpo, ha sido menos estudiado, aunque se reconoce que este tipo de comportamientos son más habituales en TA que en personas con malnutrición por exceso sin esta patología.

El descontrol respecto a la alimentación es un tema central en TA, marcando la diferencia con quienes presentan obesidad sin un trastorno alimentario asociado. En el caso de personas obesas candidatas a cirugía bariátrica, quienes tienen atracones experimentan mayor descontrol, aunque de todos modos, el 40% de los obesos sin TA también manifiestan descontrol en la alimentación. Esta característica se relaciona con más psicopatología, independientemente del grado de obesidad, siendo así principalmente en mujeres (27).

En esta misma línea, Schag y cols. (30) realizaron una revisión para estudiar la impulsividad respecto a la alimentación considerando dos aspectos de este fenómeno: la sensibilidad a la recompensa y la desinhibición conductual sin considerar consecuencias, observando que la impulsividad es mayor en obesos con TA que en aquellos sin el trastorno. Si bien la adicción a la comida es elevada en obesos con y sin TA, es aún mayor en las personas con el trastorno alimentario (31).

El concepto de adicción a la comida data de 1956 (32) y alude a que el consumo regular de ciertos alimentos puede generar cierta sensibilidad en algunas personas, provocando un patrón similar al de los procesos adictivos, lo que explicaría la sobreingesta alimentaria. Varios autores coinciden en que esta adicción se da

tanto en obesos con TA, como también en personas con obesidad sin TA, sin embargo, añaden que si bien en ambos casos se produce una ingesta de grandes cantidades de comida, la vivencia subjetiva de esta ingesta difiere, de modo tal que quienes tienen TA enfatizan principalmente el descontrol en la alimentación, en tanto que los otros se centran en el gran tamaño de las porciones y en la elevada frecuencia de ingestas, es decir, problematizan la situación de manera diferente. Además, particularmente en el caso del grupo con TA, se mantiene la conducta problema a pesar del marcado malestar que puede generar las consecuencias negativas, como por ejemplo las molestias físicas producidas por los atracones (33).

Si bien el *craving* por los alimentos o ansias por la comida se da en ambos grupos, tiende a ser mayor en TA (75% vs. 41,7%), aunque en ambos casos tiene características similares, siendo desencadenado por la restricción de ciertos alimentos o por la exposición a estímulos relacionados con comida. En los dos casos se genera una sensación de desesperación por la ausencia del alimento deseado (33).

Según Zeeck y cols. (24), las mujeres con obesidad y TA, a diferencia de aquellas que solo tienen obesidad y de mujeres con normopeso sin TCA, experimentan en el día a día más emociones negativas, aunque no menos emociones positivas. Además, las emociones negativas en TA, sobre todo las de origen interpersonal, se asocian a más deseo de comer y a atracones. Leehr y cols. (34) coinciden en que las emociones negativas desencadenan atracones en personas obesas con TA.

Finalmente, se ha observado que quienes tienen TA presentan más antecedentes familiares de TCA y reportan más limitaciones funcionales debidas al sobrepeso (20).

Similitudes

Además de las diferencias antes mencionadas, se han identificado también ciertas similitudes entre personas con malnutrición por exceso con y sin TA. En el estudio de la adicción a la comida se ha observado que ambos grupos no difieren en cuanto al deseo de reducir el uso de la "sustancia" (comida), pues en ambos casos existe un deseo de disminuir la ingesta, recurriendo a estrategias similares, tales como evitar el consumo de ciertos alimentos que desencadenan atracones, recurrir a alternativas consideradas más saludables como el uso de productos dietéticos, saltarse comidas, seguir dietas, etc. Las personas con TA, sin embargo, resaltan la sensación de descontrol a pesar de desear comer menos (33).

Por otro lado, parece no existir diferencias entre ambos grupos en conductas alimentarias inadecuadas, tales como comer de noche. Tampoco difieren respecto a la dificultad para mantener un peso constante, es decir, los dos grupos presentan cambios habituales en el peso asociado a la dificultad para seguir una dieta (27).

Además, no se identifican diferencias significativas en variables sociodemográficas tales como género, estado civil (20,35), IMC (25,35), nivel educacional (35) ni tampoco en experiencias pasadas de abuso sexual y/o físico (22).

Se ha observado que la edad de inicio de la obesidad suele ser similar en personas obesas con y sin TA (22,35). Además, estos grupos tampoco difieren en el peso máximo alcanzado ni en el deseo de perder peso, siendo el peso ideal similar en ambos casos (22,26).

Respecto al impacto de las emociones en la comida, Leehr y cols. (34) señalan que la ingesta alimentaria produce una mejora en el estado anímico en ambos grupos de interés, es decir en personas con malnutrición por exceso con y sin TA.

Aspectos controversiales

En la revisión de la literatura se identificaron algunos aspectos controversiales referidos a las similitudes y diferencias entre personas obesas con y sin TA, encontrándose evidencias contradictorias en distintos estudios.

Uno de estos aspectos se refiere a la restricción alimentaria, ya que hay autores que señalan que esta característica se presenta con mayor frecuencia en personas obesas con TA que en obesos sin el trastorno (23,28). Sin embargo, otras investigaciones afirman que los grupos no difieren en esta variable (25,26). En general, parece ser que la restricción es mayor en aquellas personas que consideran que la obesidad se debe a causas que están bajo control personal, pues creerían que restringir la ingesta sería una estrategia adecuada para controlar el peso. Es decir, las creencias sobre el control que se tiene sobre la obesidad elementos que influyen en la restricción alimentaria (36).

En cuanto a la presencia de enfermedades médicas también encontramos evidencia contradictoria, ya que a diferencia de algunos estudios que indican que no existen discrepancias en este

aspecto (20,35), otros señalan que los atracones en obesidad se asocian a mayor morbilidad médica (21).

Por otro lado, distintos autores señalan que la insatisfacción corporal es mayor en el caso de personas con malnutrición por exceso con TA, que en el grupo sin el trastorno alimentario (20,25,26), sin embargo, otras investigaciones no identifican diferencias entre ambos grupos respecto a la satisfacción con el peso, la silueta y la apariencia (22,27).

En esta misma línea, Ahrberg y cols. (29) concluyeron en una revisión de distintas investigaciones, que ambos grupos no difieren en cuanto a la insatisfacción corporal, siendo esta característica mayor en personas con malnutrición por exceso (con y sin TA) que en sujetos con normopeso. En general, una elevada insatisfacción con la imagen corporal se asocia a mayor obsesión por la delgadez y al seguimiento de más dietas extremas en el pasado (20,26).

Por otro lado, según Ahrberg y cols. (29), no existen discrepancias entre los grupos respecto a la percepción del tamaño del propio cuerpo, lo que resulta矛盾 con los aportes de Legenbauer y cols. (26), quienes señalan que quienes tienen TA se sienten más obesos, independientemente del IMC, sobreestimando las propias dimensiones corporales.

Finalmente, Arias y cols. (20) no identifican diferencias respecto a la obsesión por la delgadez, sin embargo, Legenbauer y cols. (26) señalan que los obesos con TA presentan una mayor obsesión por la delgadez que quienes no tienen el trastorno. No obstante, Legenbauer y cols. (26) añaden que ambos grupos desean alcanzar dimensiones corporales similares, coincidiendo con Jones-Corneille y cols. (22) en cuanto a las similitudes en el peso ideal.

En la tabla I se presenta un resumen de los estudios revisados que aportan datos comparativos de personas obesas con y sin TA.

Tabla I. Estudios comparativos de personas obesas con y sin TA

Autores	Año	Descripción general	Conclusión
Leehr et al. (34)	2015	Revisión de estudios experimentales con personas de cualquier edad, género y etnia sobre la regulación emocional en personas obesas con y sin TA (n = 18 estudios)	<i>Diferencias:</i> las emociones negativas en personas con TA desencadenan atracones, a diferencia del grupo sin TA <i>Similitudes:</i> en ambos casos la ingesta de alimentos produce una mejora del estado de ánimo
Herbozo et al. (25)	2015	Se compara a mujeres con sobrepeso/obesidad con TA (n = 56) y sin TA (n = 134) en psicopatología de la conducta alimentaria, satisfacción con la apariencia y autoestima	<i>Diferencias:</i> el grupo con TA mostró mayor preocupación por el peso, la ingesta y la silueta y menos autoestima y satisfacción por la apariencia <i>Similitudes:</i> no hubo diferencias en restricción alimentaria ni en IMC
Calderone et al. (27)	2015	Se analiza el descontrol en la comida en pacientes obesos de ambos sexos candidatos a cirugía bariátrica, comparando personas con atracones (n = 48) y sin atracones (n = 446)	<i>Diferencias:</i> el grupo con atracón tuvo mayor descontrol en la alimentación <i>Similitudes:</i> sin diferencias en satisfacción corporal ni en la dificultad para mantener un peso constante, cumplir con la dieta y comer antes de ir a dormir o durante la noche
Klatskin et al. (23)	2015	Se analizan distintos factores psicológicos relacionados con la alimentación. Se comparan tres grupos de mujeres: obesas con TA (n = 9), obesas sin TA (n = 15) y normopeso sin TA (n = 15)	<i>Diferencias:</i> las mujeres con obesidad y TA presentan mayor depresión, estrés percibido, afecto negativo, ansiedad, restricción en la dieta y preocupación por el peso, la figura y la ingesta. Por otro lado, las mujeres obesas sin TA, tuvieron mayor preocupación por el peso que el grupo con peso normal

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I (Cont.). Estudios comparativos de personas obesas con y sin TA

Autores	Año	Descripción general	Conclusión
Curtis y Davis (33)	2014	Se compara a mujeres obesas con TA ($n = 12$) y sin TA ($n = 12$) respecto a la adicción a la comida	<i>Diferencias:</i> la adicción a la comida ocurre en ambos grupos, pero es mayor en TA. Lo mismo sucede con el <i>craving</i> o fuerte deseo de comer <i>Similitudes:</i> ambos grupos presentan intentos por disminuir la ingesta, utilizando estrategias similares
Schag et al. (30)	2013	Revisión sobre la impulsividad respecto a la comida en personas con sobrepeso/obesidad con y sin TA ($n = 51$ estudios)	<i>Diferencias:</i> los dos aspectos de la impulsividad estudiados (sensibilidad a la recompensa y desinhibición de la conducta respecto a la alimentación) fueron elevados en ambos grupos, sin embargo, en TA fueron aún mayores
Jones-Corneille et al. (22)	2012	Se compara la psicopatología de pacientes de ambos sexos con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica con TA ($n = 44$) y sin TA ($n = 61$)	<i>Diferencias:</i> el grupo con TA presentó más trastornos del ánimo, ansiedad y menor autoestima <i>Similitudes:</i> sin diferencias en experiencias de abuso sexual ni físico. Tampoco en la satisfacción con el peso corporal, con la silueta y la apariencia
Legenbauer et al. (26)	2011	Se analizan diferencias en la alteración de la imagen corporal en mujeres obesas con TA ($n = 15$) y sin TA ($n = 15$)	<i>Diferencias:</i> mayor insatisfacción con la imagen corporal en TA, grupo que sobreestima sus medidas corporales, a diferencia del otro grupo <i>Similitudes:</i> sin diferencias en restricción en la alimentación. En ambos casos los aspectos relacionados con el peso y la figura influyen fuertemente en la autoestima
Meule (31)	2011	Se realiza una revisión sobre la adicción a la comida. No se indica la cantidad de estudios revisados	<i>Diferencias:</i> la adicción a la comida es mayor en obesos con TA que en el otro grupo
Ahrberg et al. (29)	2011	Se realiza una revisión teórica sobre la imagen corporal en obesidad, comparando personas con y sin TA. No se indica la cantidad de estudios revisados	<i>Diferencias:</i> mayor preocupación por el peso y la figura en TA. Hay evidencia de que en TA hay más conductas de evaluación del cuerpo y de evitación respecto al cuerpo <i>Similitudes:</i> sin diferencias en la percepción del tamaño del propio cuerpo ni en satisfacción corporal
Zeeck et al. (24)	2011	Se comparan grupos de mujeres respecto a emociones, deseo de comer y atracones.: mujeres con obesidad sin TA ($n = 23$), con obesidad y TA ($n = 20$) y mujeres con peso normal sin TCA ($n = 20$)	<i>Diferencias:</i> las personas con TA presentan más emociones negativas diarias, mayor alexitimia y un deseo más fuerte de comer, particularmente cuando las emociones se relacionan con aspectos interpersonales. Mayor psicopatología en TA, principalmente respecto a ansiedad social y desconfianza
Grilo et al. (28)	2010	Se analiza la sobrevaloración del peso y la figura en TA, comparando grupos de mujeres: BN ($n = 53$), sobrepeso/obesidad sin TCA ($n = 123$), TA con sobrevaloración del peso y la figura ($n = 101$) y un grupo de TA sin sobrevaloración ($n = 47$)	<i>Diferencias:</i> el grupo con sobrepeso mostró menor sobrevaloración del peso y la figura que los otros grupos. El grupo con TA mostró más síntomas de TCA que el grupo con sobrepeso sin TA. La sobrevaloración del peso y la silueta puede ser un indicador de severidad en TA
Dahl et al. (35)	2010	Se estudia la prevalencia de TCA en pacientes obesos de ambos sexos candidatos a cirugía bariátrica, explorando variables sociodemográficas. El grupo con TCA fue de $n = 51$, y el sin TCA fue de $n = 106$	<i>Similitudes:</i> no se encontraron diferencias entre los grupos en género, IMC, enfermedades médicas, inicio de la obesidad, vivir o no con pareja ni en nivel educacional
Arias et al. (20)	2006	Se analizan las diferencias clínicas de pacientes de ambos sexos con obesidad mórbida con atracones ($n = 61$) y sin atracones ($n = 149$)	<i>Diferencias:</i> los atracones se asociaron a mayor psicopatología, más antecedentes familiares de TCA y más limitaciones por la obesidad <i>Similitudes:</i> no hubo diferencias en género, estado civil ni enfermedades médicas
Bulik et al. (21)	2002	Se analiza la prevalencia de obesidad y atracones en mujeres gemelas. Se compara a un grupo con atracones ($n = 59$) con otro sin atracones ($n = 107$) respecto a aspectos médicos y psiquiátricos	<i>Diferencias:</i> la presencia de atracones en obesidad se asocia a mayor riesgo de psicopatología, baja autoestima, mayores problemas médicos e insatisfacción con la salud

CONCLUSIÓN

Los antecedentes aquí expuestos analizan inicialmente la comorbilidad psicopatológica en obesidad, para dar paso a la indagación de diferencias, similitudes y aspectos controversiales en la comparación de personas con malnutrición por exceso con y sin TA. Esto resalta, por una parte, la importancia de tratar de manera diferenciada ambos fenómenos y además, destaca la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que permitan conocer mejor los aspectos diferenciadores entre ambos grupos, favoreciendo así la pesquisa y tratamiento del TA en obesidad.

Parece ser que no es el IMC lo que explica la mayor psicopatología en personas con malnutrición por exceso con TA, sino que son otras características del trastorno, como el descontrol en la alimentación y la insatisfacción corporal, las que explican la mayor sintomatología en personas con obesidad con TA en comparación con personas con malnutrición por exceso sin el trastorno alimentario.

Toda la información aquí presentada pone en evidencia, una vez más, la necesidad de incorporar los aspectos psicológicos en la evaluación y en el abordaje de pacientes con malnutrición por exceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q* 1959;33(2):284-95.
2. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 1992;11(3):191-203.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC: Author; 2013.
4. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JL, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013;73(9):904-14.
5. 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(S1):2-18.
6. Vinai P, Da Ros A, Speciale M, Gentile N, Tagliabue A, Vinai P, et al. Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5. *Eat Behav* 2015;16:1-4.
7. Urquhart CS, Mihalyuk TV. Disordered eating in women: implications for the obesity pandemic. *Can J Diet Pract Res* 2011;72(1):115-25.
8. Fairburn CG. La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidos; 1998.
9. Baile J, González M. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. An Sist Sanit Navar 2011;34(2):253-61.
10. Baile J, González M. Intervención psicológica en obesidad. Madrid: Pirámide; 2013.
11. Cebolla A, Perpiñá C, Lurbe E, Alvarez-Pitti J, Botella C. Prevalencia del trastorno por atracón en una muestra clínica de obesos. *An Pediatr* 2012;77(2):98-102.
12. Larrañaga A, García-Mayor RV. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp* 2009;24(6):661-6.
13. Fandiño J, Moreira RO, Preissler C, Gaya CW, Papelbaum M, Coutinho WF. Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Compr Psychiatry* 2010;51(2):110-4.
14. Wright N, Swencionis C, Wylie-Rosett J, Isasi CR. Social anxiety and disordered overeating: An association among overweight and obese individuals. *Eat Behav* 2013;14(2):145-8.
15. Cyr C, Baillot A, St-Cyr D, Langlois MF. Quality of Life and Psychopathology in Patients Seeking Treatment for Severe Obesity. *Can J Diabetes* 2015;39(S1):28.
16. Somerville R, McKenzie K, Eslami S, Breen C, O'Shea D, Wall P. Poor mental health in severely obese patients is not explained by the presence of comorbidities. *Clin Obes* 2015;5(1):12-21.
17. Magallares A, Benito de Valle P, Irles JA, Bolanos-Ríos P, Jauregui-Lobera I. Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group. *Nutr Hosp* 2014;30(1):32-6.
18. Magallares A, Benito de Valle P, Irles JA, Jauregui-Lobera I. Overt and subtle discrimination, subjective well-being and physical health-related quality of life in an obese sample. *Span J Psychol* 2014;17:1-8.
19. Lopresti AL, Drummond PD. Obesity and psychiatric disorders: commonalities in dysregulated biological pathways and their implications for treatment. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013;45:92-9.
20. Arias F, Sánchez Z, Gorgojo JJ, Almódovar F, Fernández S, Llorente F. Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Endocrinol Nutr* 2006;53(7):440-7.
21. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 2002;32(1):72-8.
22. Jones-Correia LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg* 2012;22(3):389-97.
23. Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K, Bigus E, Brownley KA. Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiol Behav* 2015;142:20-7.
24. Zeeck A, Stelzer N, Linster HW, Joos A, Hartmann A. Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19(5):426-37.
25. Herbozo S, Schaefer LM, Thompson JK. A comparison of eating disorder psychopathology, appearance satisfaction, and self-esteem in overweight and obese women with and without binge eating. *Eat Behav* 2015;17:86-9.
26. Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Puigcerver MJB, Benecke A, Troje NF, Rüddel H. Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behav Modif* 2011;35(2):162-86.
27. Calderone A, Mauri M, Calabro PF, Piaggi P, Ceccarini G, Lippi C, et al. Exploring the concept of eating dyscontrol in severely obese patients candidate to bariatric surgery. *Clin Obes* 2015;5(1):22-30.
28. Grilo CM, Masheb RM, White MA. Significance of overvaluation of shape/weight in binge-eating disorder: Comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity* 2010;18(3):499-504.
29. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N, Vocks S. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *European Eating Disorders Review* 2011;19(5):375-81. DOI: 10.1002/erv.1100
30. Schag K, Schönleber J, Teufel M, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder – a systematic review. *Obes Rev* 2013;14(6):477-95.
31. Meule A. How prevalent is "food addiction"? *Front Psychiatry* 2011;2(61):1-4.
32. Randolph TG. The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *J Stud Alcohol Drugs* 1956;17(2):198-224.
33. Curtis C, Davis C. A qualitative study of binge eating and obesity from an addiction perspective. *Eat Disord* 2014; 22(1): 19-32.
34. Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;49:125-34.
35. Dahl JK, Eriksen L, Vedul-Kjelsås E, Strømmen M, Kulseng B, Mårvik R, et al. Prevalence of all relevant eating disorders in patients waiting for bariatric surgery: a comparison between patients with and without eating disorders. *Eat Weight Disord* 2010;15(4):247-55.
36. Magallares A, Carbonero-Carreño R, Ruiz-Prieto I, Jauregui-Lobera I. Beliefs about obesity and their relationship with dietary restriction and body image perception. *Anales de Psicología* 2016;32:349-54.