

Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial

Carmen Berrocal¹ y Modesto A. Ruiz (*Universidad de Málaga, España*)

(Recibido 2 julio 2001 / Received 2 July 2001)
(Aceptado 31 enero 2002 / Accepted 31 January 2002)

RESUMEN. El estudio examina en individuos con obesidad mórbida la validez del criterio de severidad propuesto por el DSM-IV para el diagnóstico del trastorno por atracón. La muestra está formada por 118 sujetos con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 40: 21 sujetos con trastorno por atracón, 26 con niveles subclínicos del problema y 71 sujetos sin episodios de sobreingesta. Los grupos fueron comparados en medidas de psicopatología, ansiedad, depresión, insatisfacción corporal, actitudes y hábitos alimentarios y calidad de vida. Apenas existen diferencias entre el síndrome completo y parcial en las variables evaluadas, cuestionándose así la validez del criterio de severidad propuesto para el diagnóstico del cuadro. Asimismo, los individuos que presentan el trastorno no difieren de los obesos sin episodios de sobreingesta en algunas variables clínicas relevantes, sugiriéndose que el grado de psicopatología no se relaciona tanto con la ocurrencia de atracones como con el nivel de obesidad de los sujetos.

PALABRAS CLAVE. Trastorno por atracón. Obesidad mórbida. Criterios diagnósticos.

ABSTRACT. The present study examines the validity of diagnostic criteria for binge-eating disorder (BED) in morbidly obese persons. The sample included 118 morbidly

¹ Correspondencia: Dpto. de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus de Teatinos, s/n. 29071 Málaga (España). E-mail: cberrocal@uma.es

obese individuals (IMC ≥ 40). The participants were classified into 1 of 3 groups according to the Mental Disorders-IV research criteria for BED: binge-eating disorder (n = 21), subthreshold BED (n = 26), and non-BED (n = 71). The groups were compared on measures of psychopathology, anxiety, depression, concerns about body shape, eating and weight-related habits and attitudes, and quality of life. Few differences were found between subthreshold and full-syndrome BED, raising questions about the diagnostic validity of the frequency threshold. BED subjects differed from the non-BED obese group on variables related to dieting but did not differ significantly on other important variables, including measures of general psychopathology, anxiety, depression, and body image disturbance. The severity of psychopathology is not related to binge-eating disorder but rather to the weight.

KEYWORDS. Binge Eating Disorder. Morbid Obesity. Diagnostic Criteria.

RESUMO. O presente estudo analisa a validade dos critérios de diagnóstico para a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (BED) em pessoas com obesidade mórbida. A amostra incluiu 118 indivíduos obesos (com um índice de massa corporal maior ou igual a 40). Os participantes foram classificados em um dos três grupos de acordo com os critérios de investigação da DSM-IV para a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (BED): perturbação de ingestão alimentar compulsiva (n = 21), com critérios subclínicos de BED (n = 26), e sem-BED (n = 71). Os grupos foram comparados em medidas de psicopatologia, ansiedade, depressão, insatisfação corporal, hábitos e atitudes relacionados com a alimentação e o peso, e qualidade de vida. Foram encontradas poucas diferenças entre o síndrome completo e parcial, nas variáveis avaliadas, questionando-se assim a validade do critério de severidade proposto para o diagnóstico do quadro. Além disso os sujeitos que apresentam a perturbação não diferem dos obesos sem episódios de ingestão compulsiva em algumas variáveis clínicas relevantes, sugerindo-se que o grau de psicopatologia não se relaciona tanto com a ocorrência de ingestão compulsiva como com o nível de obesidade dos sujeitos.

PALAVRAS CHAVE. Perturbação alimentar bulimia. Obesidade mórbida. Critério de diagnóstico.

Introducción

El trastorno por sobreingesta compulsiva (o trastorno por atracón) es un síndrome caracterizado por la ocurrencia de atracones recurrentes de comida que no van acompañados de las conductas compensatorias asociadas a la bulimia. Los sistemas de clasificación más extendidos en la actualidad –DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992)- no contemplan aún criterios formales para su diagnóstico, si bien el DSM-IV recoge un grupo de criterios todavía provisionales –esto es, sujetos a revisión de acuerdo a los resultados que arroje la investigación realizada en torno a los distintos aspectos del cuadro. Desde la inclusión del trastorno en la cuarta edición del DSM, uno de los criterios diagnósticos que ha sido

fuerza de considerable debate tiene que ver con el punto de corte establecido para la frecuencia con la que ha de darse su síntoma principal, los episodios de atracones. Los criterios provisionales de investigación especifican una frecuencia mínima de dos veces a la semana durante un período de seis meses. Muchos expertos han considerado que este criterio de severidad es arbitrario y demasiado restrictivo (Bruce y Agras, 1992; Hay y Fairburn, 1998; Shisslak, Crago y Estes, 1995; Striegel-Moore *et al.*, 2000; Striegel-Moore y Marcus, 1995; Striegel-Moore, Wilson, Wilfley, Elder y Brownell, 1998). Como juiciosamente han resaltado Striegel-Moore *et al.* (1998, 2000), en el ámbito de la experiencia clínica es frecuente encontrar pacientes con importantes disfunciones en su vida cotidiana pero que presentan episodios de atracones que tienen lugar con una frecuencia menor. La propuesta de dicho punto de corte es el resultado de un trasvase acrítico del criterio adoptado en su día para la bulimia nerviosa. La evidencia acumulada ha mostrado que, en el caso de este último trastorno, el criterio de dos veces a la semana es de dudosa validez clínica (Garfinkel *et al.*, 1995; Kendler *et al.*, 1991; Wilson, 1992; Wilson, Nonas y Rosenblum, 1993). Son pocos los estudios que han explorado su validez en el caso del trastorno por sobreingesta compulsiva comparando individuos que presentan episodios de atracón con una frecuencia de dos veces a la semana (síndrome completo) y aquellos otros en los que la frecuencia es menor (síndrome parcial). Algunos de dichos trabajos indican que la severidad del atracón se asocia positivamente con distintas variables relacionadas con la alimentación, incluyendo la historia de dietas, el peso corporal (De Zwaan *et al.*, 1994) y alteraciones relacionadas con la alimentación y la imagen corporal (Daniels, 1996; De Zwaan *et al.*, 1994); con medidas de psicopatología general (Antony, Johnson, Carr-Nangle y Abel, 1994; Cartiglia, 1997), depresión y síntomas obsesivo-compulsivos (Cartiglia, 1997). Estos resultados han sido utilizados para apoyar la validez del punto de corte propuesto para el diagnóstico del trastorno.

En un esfuerzo por replicar y extender dichos trabajos, el grupo liderado por Striegel-Moore ha realizado dos estudios, con sujetos de la población general, en los que no se han visto confirmados los resultados anteriores (Striegel-Moore *et al.*, 1998, 2000). Controlando estadísticamente el efecto del índice de masa corporal, estos autores encuentran que los sujetos que presentan el síndrome completo no difieren de aquellos con niveles subclínicos en la mayor parte de variables relacionadas con la alimentación y el peso. Así, y en contraste con los trabajos de Daniels (1996) o de De Zwaan *et al.* (1994), en estos últimos no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en fluctuaciones previas de peso, historia de dietas, insatisfacción o preocupación con el peso o la imagen corporal, grado de discrepancia entre el peso ideal y real, o en el nivel de restricción dietética (Striegel-Moore *et al.*, 1998, 2000). Asimismo, los resultados de ambos trabajos indican que los grupos presentan niveles similares de malestar psicológico o estrés. Las únicas variables que parecen guardar relación con la severidad del atracón tienen que ver con una menor autoestima y un mayor afecto negativo para el grupo de sujetos que cumple todos los criterios diagnósticos. Para todas las variables mencionadas previamente se observa también que ambos grupos difieren, en la dirección esperada, de los sujetos que no tienen episodios de sobreingesta compulsiva. Los resultados de estos trabajos apuntan

que son más las similitudes que las diferencias entre el síndrome completo y parcial, y sugieren un continuo de severidad asociado a la frecuencia con que tienen lugar los episodios de atracones, más que la pertinencia de un punto de corte a partir del cual se supongan diferencias cualitativas. La disparidad de resultados entre estos últimos trabajos y los anteriores podría ser debida, como los propios autores indican, a las diferencias en el tipo de muestra utilizada, clínicas en la mayor parte de los primeros y de la población general en estos últimos.

No obstante, aún existe otra diferencia sobre cuya influencia en la discrepancia de resultados cabe especular por su relación con este trabajo. Así, en los estudios de Striegel-Moore *et al.* (1998, 2000) se ha controlado el efecto que el índice de masa corporal de los individuos puede tener sobre las diversas variables medidas. Distintos datos hacen pensar que el grado de obesidad de los sujetos es una variable que puede afectar a los resultados, especialmente, y en línea con Walters *et al.* (1993), al grado de comorbilidad psiquiátrica. Existe un grueso importante de estudios, realizados en su mayoría con individuos con obesidad moderada, en los que se observa consistentemente que los sujetos obesos con trastorno por atracón presentan mayores niveles de psicopatología general o relacionada con actitudes y comportamientos alimentarios que los que no tienen dicho problema (Basdevant *et al.*, 1997; Dalle, Todisco, Oliosi y Marchi, 1996; Daniels, 1996; De Zwaan *et al.*, 1994; Fichter, Quadflieg y Brandl, 1993; Grissett y Fitzgibbon, 1996; Molinari, Ragazzoni y Morosin, 1997; Spitzer *et al.*, 1993; Telch y Agras, 1994; Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 2000; Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993). En algunos de ellos se informa que la prevalencia de psicopatología o su gravedad, en los sujetos con trastorno por atracón, no se relaciona con el porcentaje de sobrepeso de los individuos sino más bien con la severidad de los atracones (Telch y Agras, 1994; Wilfley *et al.*, 2000; Yanovski *et al.*, 1993). Así, el vínculo encontrado en algunos trabajos entre obesidad y psicopatología (Black, Goldstein y Mason, 1992) se ha interpretado que está mediado por la ocurrencia de episodios de atracones entre los participantes de los estudios (Castonguay, Eldredge y Agras, 1995). Ahora bien, como se deriva de los trabajos de Brody (1997) y Brody, Walsh y Devlin (1994), cuando esas mismas comparaciones –entre sujetos con y sin el trastorno por atracón– se llevan a cabo en muestras de individuos con un nivel de obesidad más bajo que el utilizado en la mayor parte de estudios, no se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel de psicopatología entre ambos grupos. Asimismo, trabajos como el de Black *et al.* (1992), en el que se informa de una fuerte asociación entre la obesidad y el grado de comorbilidad, tienen la particularidad de haber sido realizados con muestras de sujetos que presentan obesidad mórbida. Los trabajos de Brody (1997) y Brody *et al.* (1994) sugieren que la significación clínica del trastorno por atracón puede variar con el grado de obesidad de los participantes. A su vez, los escasos estudios realizados con muestras de individuos que presentan obesidad mórbida hacen pensar que además de la severidad del atracón, la obesidad puede tener un efecto sobre la comorbilidad psiquiátrica, sobre todo cuando aquélla es más severa. Consiguientemente, y como han resaltado algunos autores (Brody, 1997; Brody *et al.*, 1994), la validación del diagnóstico del trastorno por sobreingesta compulsiva requeriría de la evaluación de diferencias entre sujetos con y sin el trastorno en varios puntos del continuo de peso.

Hasta el momento, los participantes de la mayor parte de los estudios realizados han sido, como se indicó anteriormente, sujetos con obesidad moderada y, excepcionalmente, leve.

De lo expuesto hasta el momento derivan los objetivos de este estudio. Tomada conjuntamente, la escasa evidencia disponible arroja resultados contradictorios respecto a la diferenciación entre el trastorno por sobreingesta compulsiva completo y parcial. Asimismo, si la obesidad, por sí misma, tiene un efecto importante en las variables consideradas en los diversos estudios, sería interesante extender la validación del criterio que pone límites a su diagnóstico a muestras de sujetos ubicados en el extremo superior del continuo de peso, esto es, con obesidad severa.

En este estudio se examinan las características clínicas del trastorno por sobreingesta compulsiva subclínico en comparación con el síndrome completo con objeto de continuar analizando la validez del punto de corte propuesto por la *American Psychiatric Association* (1994) para delimitar la nueva entidad nosológica. En este sentido, el trabajo intenta ser réplica de los ya realizados. Como extensión de los mismos, se indaga acerca de la validez clínica de dicho criterio cuando se trata de individuos con obesidad mórbida, donde el efecto de la obesidad, si existe, debería ser mayor. Por último, se entiende que el punto de corte que se establezca ha de estar justificado por la presencia de diferencias clínicamente relevantes entre aquellos sujetos que lo superan y los que no; entre ellas, el grado de disfunción que los comportamientos característicos del cuadro producen en la vida cotidiana del individuo. De hecho, este es el elemento que justifica la presencia de cualquier entidad clínica en las clasificaciones al uso. Así, sea cual sea la frecuencia con la que ocurran los episodios de atracones, la presencia de los mismos en los hábitos del individuo ha de considerarse “problemática” si afecta negativamente en su funcionamiento diario. La cuestión es si una frecuencia de atracones menor a dos veces a la semana interfiere en distinta medida que cuando aquélla es mayor. Este aspecto no ha sido abordado en ninguna de las investigaciones revisadas por lo que, en el presente trabajo se han tomado mediciones de distintos indicadores del nivel de funcionamiento cotidiano de los sujetos, entendiendo que ésta es una de las principales variables sobre la que habría de justificarse la diferenciación clínica entre ambos cuadros.

Método

Muestra

La muestra del estudio está formada por un total de 118 sujetos, 82 mujeres y 36 varones. Todos ellos presentan obesidad mórbida en el momento de la evaluación. Los participantes han sido distribuidos en tres grupos de acuerdo al diagnóstico del DSM-IV. El primer grupo está formado por 21 sujetos que cumplen todos los criterios para el trastorno por sobreingesta compulsiva (síndrome completo); el segundo lo conforman 26 sujetos con trastorno por sobreingesta compulsiva subclínico (síndrome parcial); el último grupo está constituido por 71 sujetos que no presentan, en el momento de la

evaluación, episodios recurrentes de atracones. Para ser incluidos en la categoría de “trastorno por sobreingesta compulsiva”, los episodios de atracones debían ocurrir con una frecuencia de, al menos, dos veces a la semana y durante un período mínimo de seis meses. En aquellos casos en los que la frecuencia de episodios de sobreingesta era inferior a la anterior, los sujetos eran clasificados en la categoría de “trastorno por sobreingesta compulsiva subclínico”. Para uno y otro caso, la ocurrencia de conductas compensatorias recurrentes (vómitos, laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio físico o dieta restrictiva) constituyen un criterio de exclusión para el diagnóstico del cuadro.

Variables e instrumentos de medición

Al margen de la medición del grado de obesidad de los sujetos y de la evaluación acerca de la ocurrencia o no del trastorno por atracón, los grupos han sido comparados en tres tipos de variables. Por un lado, en variables emocionales y de naturaleza psicopatológica; por otro, en indicadores de alteraciones de la conducta alimentaria y de satisfacción con la figura/imagen corporal; en ambos casos se trata de las variables más comúnmente consideradas en los informes sobre el tema que nos ocupa. Por último, también se han tomado mediciones, a través de varios índices, de la calidad de vida de los participantes en el estudio. A continuación se describen brevemente las variables incluidas; en la Tabla 1 se muestra una relación de las mismas y de los instrumentos utilizados para su evaluación.

- Índice de Masa Corporal (IMC). El índice de masa corporal fue calculado dividiendo el peso de los participantes (en kilogramos) por su altura al cuadrado (en metros). El punto de corte establecido para considerar la existencia de obesidad “mórbida” ha sido de 40 (Bray, 1992).
- Trastorno por sobreingesta compulsiva. La evaluación del trastorno por sobreingesta compulsiva se ha realizado mediante una entrevista clínica semi-estructurada, confeccionada para tal efecto siguiendo los criterios de investigación que se proponen en el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro y de acuerdo al procedimiento seguido por Brody *et al.* (1994); utilizando este procedimiento, dichos autores obtienen un índice de fiabilidad interjueces de 0,70 para el diagnóstico del cuadro siguiendo las especificaciones de la APA.
- Ansiedad, depresión y psicopatología general asociada. Para la evaluación de variables relacionadas con sintomatología psiquiátrica general se ha utilizado la adaptación española del Listado de Síntomas *SCL-90-R* de Derogatis, Rickles y Rock (1976) (González de Rivera *et al.*, 1989) por ser éste el instrumento más utilizado en las investigaciones realizadas acerca de esta temática. Si bien se ha informado de la estructura factorial de la adaptación al castellano (De las Cuevas *et al.*, 1991), no se han encontrado datos disponibles respecto a la fiabilidad y validez de la misma. El cuestionario recoge nueve dimensiones de síntomas generales: somatización, ansiedad, obsesión-compulsión, depresión, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, hostilidad, ideación paranoide y ansiedad fóbica. Asimismo, se han tomado

mediciones de depresión y ansiedad a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; versión española de Conde, Esteban y Useros, 1976; Conde y Useros, 1975) y del Inventario de Ansiedad-Rasgo (STAI-R) (Spielberger, Gorsuch y Luschene, 1970; versión española de TEA, 1982), respectivamente.

- Alteraciones de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal. Se han evaluado distintos aspectos de la conducta alimentaria de los sujetos. Por un lado, los esfuerzos por controlar o restringir la ingesta calórica a través de la *Restraint Scale (RS)* de Herman, Polivy, Pliner, Threlkeld y Munic (1978). No se han encontrado datos relativos a la fiabilidad del instrumento si bien los autores informan acerca de la validez de criterio del mismo. Asimismo, los participantes han cumplimentado la *Compulsive Eating Scale (CES)* de Kagan y Squires (1984), diseñada para evaluar en individuos obesos la falta de habilidad para controlar la ingesta en ausencia de señales fisiológicas de hambre; se ha informado de un índice de consistencia interna de 0,75. La escala predice diferencias entre sujetos categorizados como comedores normales, limítrofes y compulsivos. También se ha administrado el *Bulimia Test (BULIT)* desarrollado por Smith y Thelen (1984) para evaluar los síntomas de la bulimia y, más específicamente, la ingesta incontrolada de alimento; este instrumento tiene una estructura factorial compuesta por cinco subescalas que evalúan: ingesta compulsiva, sentimientos negativos asociados a la ingesta, conductas purgativas (vómitos), preferencia por ingerir alimentos hipercalóricos y fluctuaciones en el peso corporal; en el estudio se han omitido, por un lado, los resultados de la subescala que mide conductas purgativas, dado que éstas no tenían lugar en ninguno de los participantes y, por otro, la dimensión relativa a la frecuencia de atracones, al ser ésta precisamente la variable que diferencia a los distintos grupos de comparación del estudio; el instrumento presenta una buena fiabilidad test-retest (0,87), se considera estable y se ha mostrado válido para discriminar entre sujetos con bulimia y normales. Por último, se ha evaluado el grado de (in)satisfacción de los individuos con su figura corporal con el *Body Shape Questionnaire (BSQ)* de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987); este instrumento ha mostrado tener una buena consistencia interna y validez concurrente con la subescala de Insatisfacción Corporal del *Eating Disorder Inventory (EDI)* (Garner, Olmsted y Polivy, 1983).
- Calidad de vida. Como indicadores de la calidad de vida de los sujetos se han tomado las puntuaciones de los mismos en dos cuestionarios: *Functional Status Questionnaire (FSQ)* (Jette *et al.*, 1986) y la versión española del *Nottingham Health Profile (NHP)* (Alonso, Antó y Moreno, 1990). El primero evalúa el grado de disfunción que presenta el individuo en su actividad diaria debido fundamentalmente a problemas de salud; más específicamente, el instrumento recoge el nivel de disfunción en actividades cotidianas, sociales y laborales así como el grado percibido de bienestar general; los autores han informado de la validez de constructo del instru-

mento y de unos coeficientes de consistencia interna satisfactorios. Por su parte, el *NHP* es un indicador subjetivo del estado de salud general del individuo; la validez de constructo de la versión castellana se ha explorado evaluando la relación de las puntuaciones de la *NHP* con otras medidas de salud en sujetos de la población general y comparando las puntuaciones de personas que usualmente utilizan los servicios de atención primaria con las correspondientes a personas con un nivel de uso menor; los resultados obtenidos indican que la versión castellana es culturalmente equivalente y presenta una validez de constructo similar al instrumento original; se requieren, no obstante, más estudios acerca de la fiabilidad del instrumento.

TABLA 1. Variables e instrumentos de evaluación.

VARIABLES	INSTRUMENTOS
Obesidad	Báscula y tallímetro
Diagnóstico trastorno por atracón	Entrevista semi-estructurada (DSM-IV)
<i>Psicopatología general y variables emocionales</i>	
Psicopatología general	SCL-90-R (González de Rivera <i>et al.</i> , 1989)
Depresión	IDB (Conde y Useros, 1975)
Ansiedad	STAI (Spielberger <i>et al.</i> , 1970)
<i>Alteraciones de la conducta alimentaria e imagen corporal</i>	
Restricción calórica	RS (Herman <i>et al.</i> 1978)
Ingesta sin hambre	CES (Kagan y Squires, 1984)
Bulimia	BULIT (Smith y Thelen, 1984)
Insatisfacción corporal	BSQ (Cooper <i>et al.</i> , 1987)
<i>Calidad de vida y disfunción cotidiana</i>	
Grado de disfunción diario	FSQ (Jette <i>et al.</i> , 1986)
Salud percibida	NHP (Alonso <i>et al.</i> , 1990)

Procedimiento

Los sujetos fueron seleccionados de entre un total de 158 individuos que solicitaron tratamiento quirúrgico para la obesidad en el Servicio Andaluz de Salud. Todos ellos fueron remitidos por el Servicio de Endocrinología del Hospital Carlos Haya de Málaga a un Equipo de Salud Mental de distrito para su evaluación psicológica. El objetivo de esta exploración era analizar si cumplían los criterios que habitualmente se aconsejan para que el sujeto se beneficie de la intervención quirúrgica para la obesidad. El período de evaluación psicológica, durante el cual se reúnen los datos que serán analizados en este trabajo, se prolonga generalmente a lo largo de tres sesiones. En la

primera de ellas se obtiene la información relativa a la entrevista clínica y los datos necesarios para el cálculo del índice de masa corporal del individuo –peso y altura-; en esta misma sesión se les hace entrega a los sujetos de los cuestionarios enumerados previamente. La segunda sesión se dedica a recoger información pertinente a otros aspectos clínicos que no se relacionan con la temática de este trabajo. En la última sesión se recogen y revisan los autoinformes entregados por los participantes. Finalizada la fase de evaluación, se seleccionaron aquellos individuos que presentaban un índice de masa corporal superior a 40 (obesidad mórbida o severa). Los sujetos seleccionados fueron distribuidos en los tres grupos de comparación del estudio de acuerdo a la ocurrencia (parcial o completa) o no del trastorno por atracón, tal y como se especificó más arriba. De entre todos los sujetos pertenecientes al grupo de obesidad sin sobreingesta compulsiva se seleccionaron aquellos cuya edad estaba comprendida entre los 21 y 53 años, con objeto de igualar en edad este grupo con los dos restantes.

Resultados

Los análisis estadísticos se han efectuado mediante el paquete *SPSS* para Windows, versión 7,5. Las comparaciones intergrupo se han llevado a cabo mediante Análisis Univariados de la Varianza (ANOVA). Para los análisis *a posteriori* se ha utilizado la prueba de Bonferroni.

Descripción de la muestra

En la Tabla 2 se muestran los datos descriptivos de la edad e índice de masa corporal de los participantes. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ni en edad ($F=1,169$; $p=0,315$) ni en el índice de masa corporal ($F=2,305$; $p=0,105$).

TABLA 2. Datos descriptivos de los participantes.

	TA (n=21)			TA-S (n=26)			O (n=71)		
	M	DT	Mín-Máx	M	DT	Mín-Máx	M	DT	Mín-Máx
<i>Edad</i>	33,8	9,5	21-51	37,7	9,3	21-53	37,2	9	22-53
<i>IMC</i>	52,2	8	41-70	48	6,4	40-57,8	48,5	6,8	40-74

TA: sujetos con síndrome completo del trastorno por atracón; TA-S: sujetos con trastorno por atracón subclínico; O: obesos sin trastorno por atracón.

Ansiedad, depresión y psicopatología general asociada

Los sujetos con trastorno por atracón son los que presentan mayores puntuaciones en las variables psicológicas asociadas, especialmente en psicopatología general. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las variables consideradas: ansiedad ($F=1,040$; $p=0,358$), depresión ($F=0,639$;

$p=0,530$) o psicopatología general ($F=0,849$; $p=0,437$). Los análisis efectuados tampoco arrojan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguno de los factores contemplados en el SCL-90-R. En la Tabla 3 se exponen los datos descriptivos de dichas variables en cada uno de los grupos comparados.

TABLA 3. Ansiedad, depresión y psicopatología asociada.

	TA (n = 21)		TA-S (n = 26)		O (n = 71)	
	M	DT	M	DT	M	DT
STAI-ansiedad ^a	31	11,8	25	10,8	26,5	11,2
IDB-depresión ^a	15,8	7,9	12,5	8,7	13,4	8,6
SCL-psicopatología ^a	126	45,3	96,5	37,7	91,8	68,7
Somatización	17,1	9,7	20,5	11,5	16	11,3
Ansiedad	9,8	8	7,7	4,3	7,9	8,8
Obsesiones	11,8	6,6	13,5	3,7	8,7	8,4
Depresión	24,8	11,3	15,7	8,8	17,7	12,9
Sensibilidad interpersonal	20,8	11,1	11	8,3	12	9,1
Psicoticismo	9,6	5,3	3,5	3,1	6,6	7,3
Hostilidad	4,4	3,6	4,5	1,3	4,8	5,9
Ideas delirantes	10,4	4,1	6,5	1,3	5,8	4,5
Ansiedad fóbica	7,1	6,4	6,7	6,8	4,4	6,9

TA: sujetos con síndrome completo del trastorno por atracón; TA-S: sujetos con trastorno por atracón subclínico; O: obesos sin trastorno por atracón.

^a TA = TA-S = O; TA = O

Alteraciones de la conducta alimentaria e insatisfacción corporal

En la Tabla 4 se pueden observar, para cada grupo, los datos descriptivos correspondientes a las variables agrupadas en este apartado. Los resultados de los análisis de varianza realizados indican que existe un efecto estadísticamente significativo del grupo en todas las variables. Los grupos difieren significativamente en restricción alimentaria ($F=4,935$; $p<0,01$), habilidad para controlar la ingesta en ausencia de señales fisiológicas de hambre ($F=18,810$; $p<0,001$) y en las puntuaciones totales del test de bulimia ($F=49,008$; $p<0,001$). Asimismo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las tres subescalas de este último instrumento: sentimientos negativos que preceden a la ingesta ($F=14,136$; $p<0,001$), preferencia por alimentos hipercalóricos ($F=27,010$; $p<0,001$) y fluctuaciones del peso corporal ($F=4,863$; $p=0,01$). Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en el grado de (in)satisfacción con la figura y el peso corporal ($F=0,833$; $p=0,439$). Los análisis *a posteriori* indican que los sujetos con el síndrome completo no difieren significativamente del grupo con síndrome parcial en la mayor parte de las variables evaluadas. La única excepción observada es en el test de bulimia, en el que los primeros obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que los sujetos con el nivel subclínico del trastorno ($p<0,001$). De entre las dimensiones medidas con este instrumento, muestran una mayor preferencia por alimentos hipercalóricos ($p<0,05$) que los sujetos con el síndrome parcial. Por otra parte, los individuos que presentan el

nivel subclínico del trastorno difieren significativamente de los sujetos obesos que no tienen episodios de sobreingesta compulsiva en las puntuaciones totales en bulimia ($p<0,001$); específicamente, los primeros presentan más sentimientos negativos asociados a la ingesta de alimentos ($p<0,05$) y muestran una mayor preferencia por alimentos hipercalóricos ($p<0,01$) que los sujetos obesos que no tienen episodios de sobreingesta compulsiva. Asimismo, los sujetos con el síndrome parcial informan de tener menos habilidad para controlar su ingesta en ausencia de hambre que los sujetos obesos que no presentan episodios de atracones ($p<0,05$). Los grupos no difieren significativamente ni en fluctuaciones del peso corporal ni en el nivel de restricción dietética. Los sujetos que cumplen todos los criterios para el trastorno por sobreingesta (síndrome completo) difieren significativamente de los obesos sin atracones en todas las variables medidas: obtienen puntuaciones totales más elevadas en el test de bulimia ($p<0,001$), presentan más sentimientos negativos antes de las comilonas ($p<0,001$), muestran una mayor preferencia por alimentos hipercalóricos ($p<0,001$) y cuentan en su historia con mayores fluctuaciones en el peso corporal ($p<0,01$). Asimismo, son más restrictivos en su ingesta ($p<0,01$) y tienen una mayor tendencia a comer en ausencia de señales de hambre ($p<0,001$) que los obesos sin el trastorno.

TABLA 4. Psicopatología alimentaria e imagen corporal.

	TA ($n = 21$)		TA-S ($n = 26$)		O ($n = 71$)	
	M	DT	M	DT	M	DT
RS-R restricción calórica ^a	22,6	4,3	19,1	4,6	18,7	4
CES- Ingesta sin hambre ^b	22,5	9	17,4	5,7	12,2	4,5
BULIT-total ^c	98,6	18,5	77,7	11,2	61,5	14,5
Sentimientos negativos ^b	32,9	8,3	28,7	8,3	22,9	7,5
Alimentos hipercalóricos ^c	6,7	2,3	4,8	2,4	3,2	1,6
Fluctuaciones en el peso ^a	7,7	2,1	6,9	1,9	6,3	1,8
BSQ-insatisfacción corporal ^d	150,3	41,4	132,6	44,8	130,7	35,6

TA: sujetos con síndrome completo del trastorno por atracón; TA-S: sujetos con trastorno por atracón subclínico; O: obesos sin trastorno por atracón.

^a TA = TA-S = O; TA > O

^b TA = TA-S > O; TA > O

^c TA > TA-S > O; TA > O

^d TA = TA-S = O; TA = O

Calidad de vida

Los grupos no difieren significativamente en salud percibida ($F=0,728$; $p=0,486$), ni en el nivel de disfunción general ($F=2,905$; $p=0,068$), aunque en este último caso los resultados se acercan a la significación estadística. Más específicamente, se observan diferencias estadísticamente significativas en el factor del *FSQ* que evalúa disfunciones en el área laboral ($F=3,487$; $p<0,05$). En las restantes dimensiones de este último cuestionario –actividades cotidianas, funcionamiento social y estado general de bienestar– no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los análisis *a*

posteriori indican que los sujetos que presentan el síndrome completo tienen mayor grado de disfunción general ($p=0,08$) que los sujetos que no presentan el trastorno y, particularmente, mayor grado de disfunción laboral ($p=0,09$). No obstante, como se puede observar, las diferencias sólo se acercan pero no llegan a la significación estadística. Por último, los sujetos que tienen el síndrome completo no difieren significativamente de los que presentan el síndrome parcial. En la Tabla 5 se resumen los datos descriptivos correspondientes a las variables recogidas en este apartado.

TABLA 5. Calidad de vida.

	TA (n = 21)		TA-S (n = 26)		O (n = 71)	
	M	DT	M	DT	M	DT
NHP-Salud percibida ^a	18,9	7,8	17,9	10,3	15,5	11,2
FSQ-Disfunción total ^a	81,4	18,5	74,2	23,3	64,5	14,9
Cotidiana ^a	30,5	7,1	26,6	6,7	28,7	9,6
Social ^a	9	2,2	7,9	2,9	8,4	2,7
Laboral	11,5	3,7	10,9	6	7,9	2,8
Bienestar general ^b	30,4	9,7	29,5	8,7	26	9,8

TA: sujetos con síndrome completo del trastorno por atracón; TA-S: sujetos con trastorno por atracón subclínico; O: obesos sin trastorno por atracón

^a TA = TA-S = O; TA > O

^b TA = TA-S = O; TA > O

Discusión

El presente estudio examina las características clínicas del trastorno por atracón, completo y subclínico en una muestra de individuos con obesidad mórbida. Se han evaluado características clínicas de diversa naturaleza: variables emocionales e indicadores de psicopatología, insatisfacción corporal, alteraciones relacionadas con el comportamiento alimentario y calidad de vida. Los resultados obtenidos indican que los sujetos obesos que presentan episodios de sobreingesta con una frecuencia mínima de dos veces a la semana difieren de los obesos sin episodios de sobreingesta en todas las variables relacionadas específicamente con la conducta alimentaria -restricción dietética, grado de habilidad para controlar la ingesta sin hambre, sentimientos negativos, preferencia por alimentos hipercalóricos y fluctuaciones en el peso corporal-. Asimismo, aunque la frecuencia con la que tienen lugar los atracones sea menor a dos veces a la semana, los individuos presentan más alteraciones relacionadas con la conducta alimentaria que cuando no se dan episodios de sobreingesta. Concretamente, una menor habilidad para controlar la ingesta sin hambre, mayores sentimientos negativos asociados a la alimentación y una mayor tendencia a preferir alimentos hipercalóricos. Estos resultados serían consistentes con los hallados en estudios previos en los que se han comparado obesos con y sin el trastorno (Dalle *et al.*, 1996; Daniels, 1996; De Zwaan *et al.*, 1994; Fichter *et al.*, 1993; Molinari *et al.*, 1997; Wilfley *et al.*, 2000). Así, según

se desprende de los resultados de este estudio, cuando el grado de obesidad es severo, la ocurrencia de atracones también se asocia a un grado sustancial de alteración en la alimentación, de tal forma que los sujetos con obesidad mórbida que presentan episodios de sobreingesta conforman un subgrupo diferenciado dentro de la población obesa, y ello con independencia de la frecuencia con la que tengan lugar los atracones.

Por otra parte, los datos de este estudio indican que son más las similitudes que las diferencias entre el síndrome completo y parcial. Exceptuando la preferencia por alimentos hipercalóricos, el grupo con síndrome parcial es indistinguible del grupo con el trastorno completo en diversas variables relacionadas específicamente con la conducta alimentaria: restricción alimentaria, fluctuaciones de peso, sentimientos negativos asociados a la ingesta o habilidad para controlar la alimentación en ausencia de señales de hambre. De la misma forma, en uno y otro grupo se observan puntuaciones semejantes en psicopatología general, depresión, ansiedad o disfunción general en la vida cotidiana. El grado de comorbilidad y de alteración funcional que experimentan los individuos es el mismo independientemente de la frecuencia con la que tengan lugar los episodios de sobreingesta. Se han obtenido resultados equivalentes respecto a la insatisfacción con la figura corporal. La ocurrencia de atracones, aunque estos se den con una frecuencia menor a dos veces por semana, se asocia a un alto nivel de insatisfacción. Cabe destacar aquí que la preocupación por el peso y la imagen corporal es una característica clínica con valor nosológico en los dos “grandes” trastornos alimentarios, la anorexia y la bulimia nerviosas. Sin embargo, entre los criterios para el diagnóstico del trastorno por atracón no se contempla dicho elemento. No obstante, los resultados obtenidos en éste y otros estudios indican que la existencia de una elevada preocupación por la imagen no está limitada a los clásicos trastornos alimentarios. Además, existen algunos datos que apuntan que la preocupación por la imagen corporal y el peso puede ser una variable con implicaciones clínicas de cierta relevancia. Así, Cachelin *et al.* (1999), con una muestra de mujeres que presentan trastorno por atracón, informan que la reducción de la frecuencia de atracones a lo largo de la intervención terapéutica se asoció, fundamentalmente, con una disminución en la preocupación por la imagen y figura corporal.

En general, los resultados anteriores vendrían a apoyar las conclusiones de Striegel-Moore *et al.* (1998, 2000) en el sentido de que son más las similitudes que las diferencias entre el síndrome completo y parcial. El criterio de severidad de los atracones propuesto por la APA para el diagnóstico del trastorno por sobreingesta compulsiva es arbitrario y demasiado restrictivo. Tanto las consideraciones clínicas como las investigaciones que vienen realizándose en este ámbito parecen indicar que dicha propuesta requiere ser revisada; máxime cuando, como ya ha sido denunciado (Striegel-Moore *et al.*, 2000) el acceso a las prestaciones de tratamiento que ofrecen las compañías de seguros depende, al menos en determinados países, del diagnóstico clínico. Como señalábamos al inicio de este trabajo, más que en la pertinencia de un punto de corte a partir del cual se supongan diferencias cualitativas, cabría pensar en un continuo de severidad asociado a la frecuencia con que tienen lugar los episodios de atracones. La operativización cuantitativa de ciertos criterios claramente facilita el diagnóstico –y mejora su fiabilidad–, justificándose así de paso la existencia de las clasificaciones

psiquiátricas. Sin embargo, en muchas ocasiones dichos criterios contradicen la realidad clínica o no se atienen a las evidencias empíricas, una de las grandes críticas frecuentemente vertida sobre los sistemas clínicos de clasificación que, en el problema que nos ocupa, también comienza a tener referentes empíricos.

Por otra parte, algunos de los resultados obtenidos en este trabajo difieren de los que se han encontrado hasta el momento en estudios previos. Como ya se expuso al inicio de este informe, se ha observado, con cierta consistencia, que los sujetos obesos que presentan el trastorno por atracón presentan un mayor grado de comorbilidad psicológica que los sujetos obesos que no tienen el trastorno (Basdevant *et al.*, 1997; Dalle *et al.*, 1996; Daniels, 1996; Fichter *et al.*, 1993; Grissett y Fitzgibbon, 1996; Spitzer *et al.*, 1993; Yanovski *et al.*, 1993). Consiguientemente, la ocurrencia de psicopatología se ha asociado a la presencia de atracones y no tanto al grado de obesidad de los individuos. Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio apuntan que quizás las conclusiones anteriores no serían extensibles a sujetos que presentan un grado de obesidad más severo. El grupo de individuos que no presenta episodios de sobreingesta no es distinguible de los sujetos que presentan el trastorno, sea este subclínico o completo, en distintas variables con significación clínica: psicopatología general, depresión, ansiedad o insatisfacción con la imagen corporal. Así, cabe pensar que cuando la obesidad es muy elevada, y aunque no tengan lugar atracones de comida, sus consecuencias contribuyen a producir los mismos niveles de comorbilidad psicológica que cuando dichos comportamientos están presentes. Lo anterior sería consistente con la asociación encontrada en algunos estudios entre obesidad mórbida y psicopatología (Black *et al.*, 1992). Lo mismo cabría decir respecto a la valoración de la imagen corporal. Cuando la obesidad es severa, el grado de insatisfacción con la figura corporal es igual de elevada, presenten los individuos episodios de sobreingesta o no. Algunos estudios realizados con muestras de individuos con grados de obesidad más bajos que los de este estudio también han encontrado que los sujetos obesos con el trastorno se preocupan por el peso y la imagen corporal en la misma medida que los obesos que no presentan el cuadro (De Zwaan *et al.*, 1994; Wilson *et al.*, 1993). Estos resultados, por otra parte, no son extraños; tiene más sentido postular que la insatisfacción y consiguiente preocupación por el peso y la figura se asocie, fundamentalmente, con el exceso de peso y no tanto con la ocurrencia de episodios de atracones. También a diferencia de los resultados obtenidos por otros autores, los participantes de este estudio que presentan el nivel subclínico del trastorno no difieren de los obesos sin episodios de sobreingesta ni en el grado de restricción dietética ni en las fluctuaciones sufridas en el peso corporal. Los obesos mórbidos presentan puntuaciones elevadas en estas medidas, de tal forma que se acercan a los sujetos con el síndrome parcial.

Cabe señalar aquí que las variables anteriores tienen valor etiológico en determinados modelos explicativos; es el caso del modelo cognitivo-conductual aplicado al trastorno por atracón (Fairburn, 1981; Fairburn y Wilson, 1993). Desde dicha aproximación se plantea que las preocupaciones por el peso y la figura corporal motivarían al individuo a restringir su ingesta con objeto de controlar el peso corporal. Es lógico pensar que la persona insatisfecha con su figura intentará modificarla a través del seguimiento de dietas. Los resultados obtenidos en este trabajo se ajustarían, en cierto

sentido, a las relaciones establecidas por el modelo, en la medida en que a pesar de que los individuos no presenten episodios de atracones, su preocupación por la imagen y el grado de restricción dietética son semejantes a los de los sujetos que presentan el síndrome parcial. Sin embargo, el modelo también establece un fuerte vínculo causal entre el patrón de restricción dietética y la ocurrencia de los episodios de atracón. La presión, biológica y psicológica, que generaría la restricción alimentaria, combinada con reglas y normas rígidas y perfeccionistas acerca del peso y la alimentación, contribuirían a desarrollar y mantener un patrón cíclico en el que se alternarían los episodios de atracón y los esfuerzos repetidos de dieta, llevando a oscilaciones importantes en el peso corporal. Los resultados obtenidos en este trabajo indican que los sujetos que presentan episodios de sobreingesta (subclínicos) restringen el consumo calórico e informan de fluctuaciones de peso en la misma medida que los sujetos que no presentan atracones. Estos resultados contradicen, en cierta medida, las predicciones del modelo, al sugerir que aunque la restricción dietética esté presente, no necesariamente tienen por qué ocurrir los atracones. Así, si la restricción dietética juega un papel en la etiología y mantenimiento de los episodios de sobreingesta -el síntoma principal del trastorno- es posible que sea más limitado de lo que el modelo establece. Estudios previos también han cuestionado el papel de la dieta en el desarrollo y mantenimiento del trastorno por atracón. Mientras en el caso de la bulimia parece que la restricción dietética es uno de los principales antecedentes asociados al inicio y mantenimiento de los episodios de sobreingesta, en el trastorno por atracón se ha encontrado, con más frecuencia, la relación inversa -esto es, que el comienzo de los atracones de comida precede a los intentos de dieta del individuo- (Malkoff, Marcus, Grant, Moulton y Vayonis, 1993; Mussell *et al.*, 1995; Wilson *et al.*, 1993). Asimismo, más que la restricción dietética -o además de ella- los estados emocionales negativos se han encontrado asociados con la ocurrencia de los atracones en diversos trabajos empíricos (Dalle *et al.*, 1996; Grissett y Fitzgibbon, 1996; McDuffie, 1998; Telch y Agras, 1996).

Por último, señalar que, tal y como ocurre con la mayor parte de trabajos que se realizan en contextos clínicos y, consiguientemente, con tamaños muestrales inferiores a los deseables, los resultados obtenidos en este estudio y, las conclusiones que de los mismos puedan extraerse, somos conscientes que han de contemplarse con la cautela que dichas limitaciones imponen. Asimismo, sería deseable continuar la exploración de las cuestiones aquí abordadas extendiendo los diseños mediante la inclusión, entre otros, de grupos de individuos que presenten niveles de obesidad inferiores a los de la muestra aquí considerada.

Referencias

- Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: Author.
- Antony, M.M., Johnson, W.G., Carr-Nangle, R.E. y Abel, J. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 386-392.

- Basdevant, A., Le-Barzic, M., Lahlou, N., Pouillon, M., Brillant, M. y Guy-Grand, B. (1997). Correlates of binge eating disorder in French women. *European Eating Disorders Review*, 5, 115-120.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. y Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 227-234.
- Bray, G.A. (1992). An approach to the classification and evaluation of obesity. En P. Bjorntorp y B.N. Brodoff (eds.), *Obesity* (pp. 294-308). Philadelphia: Lippincott.
- Brody, M.L. (1997). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4696-B.
- Brody, M.J., Walsh, B.T. y Devlin, M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-186.
- Bruce, B. y Agras, W.S. (1992). Binge eating in females: a population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-373.
- Cachelin, F.M., Striegel-Moore, R.H., Elder, K.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E. y Fairburn, C.G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.
- Cartiglia, M.C. (1997). Binge-eating disorder and comorbid psychopathology in a college student sample. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4697-B.
- Castonguay, L.G., Eldredge, K.L. y Agras, W. S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, 15, 865-890.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Dalle, G.R., Todisco, P., Oliosi, M. y Marchi, S. (1996). Binge eating disorder and weight cycling in obese women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 4, 67-73.
- Daniels, E.K. (1996). Binge eating disorder: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4025-B.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L., Henry, M., Monterrey, A.L., Rodríguez, F. y Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 27-30.
- Derogatis, L.R., Rickles, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Seim, H.C., Specker, S.M., Pyle, R.L., Raymond, N.C. y Crosby, R.B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.
- Fairburn, C.G. (1981). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C.G. y Wilson, G.T. (1993). *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford Press.

- Fichter, M.M., Quadflieg, N. y Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 1-16.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-1058.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M. y Monterrey, A.L. (1989). *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Grissett, N.I. y Fitzgibbon, M.L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for BED and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors*, 21, 57-66.
- Hay, P. y Fairburn, C.G. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Herman, C.P., Polivy, J., Pliner, P., Threlkeld, J. y Muncie, D. (1978). Distractibility in dieters and nondieters: An alternative view of "externality". *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 536-548.
- Jette A.M., Davies A.R., Cleary P.D., Calkins D.R., Rubenstein L.V., Fink A., Kosceff J., Young R.T., Brook R.H. y Delbanco T.L.J. (1986). The Functional Status Questionnaire: reliability and validity when used in primary care. *General Internal Medicine*, 1, 427.
- Kagan, D.M. y Squires, R.L. (1984). Eating disorders among adolescents: Patterns and prevalence. *Adolescence*, 19, 15-29.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Malkoff, S.B., Marcus, M.D., Grant, A., Moulton, M.M. y Vayonis, C. (1993). The relationship between dieting and binge eating among obese individuals. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, S40.
- McDuffie, J.R. (1998). Binge eating in obese vs. normal-weight individuals. *Dissertation Abstracts International*, 58, 6498-B.
- Molinari, E., Ragazzoni, P. y Morosini, A. (1997). Psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder and in bulimic subjects. *Psychological Reports*, 80, 1327-1335.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Weller, C.L., Raymond, N.C., Crow, S.J. y Crosby, R.D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 395-401.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Shisslak, C.M., Crago, M. y Estes, L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances: A literature reviews. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Smith, M.C. y Thelen, M.H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.W. y Lushene, R.E. (1970). *State trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press (Ediciones TEA, 1982).
- Spitzer, R.L., Yanovski, S.Z., Wadden, T., Wing, R.R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. y Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.

- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Solomon, E.E., Fairburn, C.G., Pike, K.M. y Wilfley, D.E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 270-278.
- Striegel-Moore, R.H. y Marcus, M. (1995). Eating disorders in women: current issues and debates. En A.L. Stanton y S.J. Gallant (eds.), *Psychology of women's health* (pp.557-561). Washington, DC: American Psychological Association.
- Striegel-Moore, R.H., Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Elder, K.A. y Brownell, K.D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorder*, 23, 27-38.
- Telch, C.F. y Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.
- Telch, C.F. y Agras, W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279.
- Walters, E.E., Neale, M.C., Eaves, L.J., Heath, A.C., Kessler, R.C. y Kendler, K.S. (1993). Bulimia nervosa: A population-based study of purgers versus nonpurgers. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 265-272.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B. y Fairburn, C.G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 259-269.
- Wilson, G.T. (1992). DSM-IV criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 315-319.
- Wilson, G.T., Nonas, C. y Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge-eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-34.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. y Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.