

# Adicción a la comida y bulimia nerviosa

Adrian Meule<sup>1,2</sup>, Vittoria von Rezori<sup>3</sup> y Jens Blechert<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institute of Psychology, Department of Psychology I, University of Würzburg, Germany

<sup>2</sup> Hospital for Child and Adolescent Psychiatry, LWL University Hospital Hamm of the Ruhr  
University Bochum, Germany

<sup>3</sup> Division of Clinical Psychology, Psychotherapy and Health Psychology, University of Salzburg, Austria

## Resumen

En los individuos con obesidad y trastorno por atracón (TA), los patrones de alimentación pueden mostrar cualidades adictivas, con similitudes con los trastornos por consumo de drogas en los niveles de comportamiento y neurobiológicos. En este sentido la bulimia nerviosa (BN) ha recibido menos atención, a pesar de sus síntomas de atracones regulares. La Escala Yale de Adicción a la Comida (YFAS) fue desarrollada según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, los criterios diagnósticos para los trastornos por consumo de drogas y la adicción a la comida se puede diagnosticar cuando se den al menos tres síntomas de adicción y exista un deterioro o malestar clínicamente significativos. Aunque la prevalencia de los diagnósticos de adicción a la comida se ha incrementado entre las personas con obesidad y TA, estudios recientes que utilizaron la YFAS demostraron que también hay individuos con peso normal que pueden clasificarse como “adictos a la comida”. En base a los síntomas auto reportados de trastorno alimentario, mujeres con BN activa (n = 26) o remitida (n = 20) y un grupo control de mujeres agrupadas por edad e índice de masa corporal (n = 63) completaron el YFAS y otras medidas. Los resultados revelaron que todas las pacientes con BN actual recibieron el diagnóstico de adicción a la comida de acuerdo con la YFAS, mientras que sólo fueron diagnosticadas seis mujeres (30%) con BN remitida. Ninguna de las mujeres en el grupo de control recibió el diagnóstico de adicción a la comida. Los resultados proporcionan apoyo a la idea de que la BN se puede describir como una conducta alimentaria de tipo adictivo y sugieren que, con mucha probabilidad, la adicción a la comida mejora cuando remiten los síntomas de BN.

## Introducción

En los últimos años, un modelo de adicción alimentaria de comer en exceso y de obesidad ha ganado muchísima popularidad (Gearhardt, Davis, Kushner, y Brownell, 2011). Concretamente, hay una gran cantidad de artículos teóricos debatiendo sobre los paralelismos entre los trastornos por consumo de drogas (TCD) y la obesidad o el trastorno por atracón (TA, por ejemplo, Barry, Clarke, y Petry, 2009; Corsica y Pelchat, 2010; Davis & Carter, 2009; Gearhardt, Corbin, y Brownell, 2009a; Pelchat, 2009). Parte de este debate concierne a la cuestión de si los alimentos con alto contenido caló-

rico o ingredientes concretos (por ejemplo, azúcar) tienen un potencial adictivo comparable al de las drogas de abuso (Avena, Rada, y Hoebel, 2008; Gearhardt et al., 2011; Thornley, McRobbie, Eyles, Walker & Simmons, 2008).

Sin embargo, la adicción a la comida sigue siendo un tema muy controvertido y muy debatido (Avena, Gearhardt, Gold, Wang, y Potenza, 2012; Meule y Kübler, 2012; Ziauddin, Farooqui, y Fletcher, 2012a, 2012b; Ziauddin y Fletcher, 2013). Por ejemplo, aunque los estudios de neuroimagen sugieren que la obesidad

y los atracones se asocian con alteraciones en la señalización dopaminérgica y con la hiperactivación de las áreas cerebrales relacionadas con la recompensa ocasionada por la señal comida, que son comparables a los procesos vistos en los adictos a las drogas (por ejemplo: Volkow, Wang, Fowler, y Telang, 2008), aquellos que se oponen al concepto adicción a la comida señalan que hay también diferencias sustanciales en los efectos neuronales de los alimentos y las drogas (por ejemplo, Benton, 2010) y que la investigación por neuroimagen de las respuestas del cerebro a los alimentos y a los estímulos relacionados con la alimentación, en individuos con obesidad o TA es principalmente notable por su variabilidad e inconsistencia (Ziauddeen, Farooqi, y Fletcher, 2012b, p. 283). Otro punto importante de discusión es que los investigadores no tiene una única definición de adicción a la comida o están en desacuerdo acerca de los equivalentes exactos de adicción alimentaria con los síntomas de TCD (Meule y Kübler, 2012; Ziauddeen et al., 2012b). Por ejemplo, la evidencia para algunos síntomas de adicción en relación con la comida (por ejemplo, desarrollo de tolerancia o síntomas de abstinencia) se limita a modelos animales que han sido criticados por ser inapropiados cuando se infieren los resultados a la conducta alimentaria humana (Rippe, en prensa). Otros han argumentado que, incluso cuando el modelo de adicción a la comida es restringido sólo a personas con trastorno por atracón, algunos criterios de dependencia de drogas sólo son parcialmente adaptables a conductas relacionadas con la alimentación/comida y que el núcleo de la psicopatología de los trastornos alimentarios es sustancialmente diferente al de la dependencia de drogas, por ejemplo, debido a la participación crucial de las preocupaciones por el peso y la figura (Wilson, 2010; Ziauddeen et al., 2012b). En apoyo del concepto de adicción a la comida, otros han respondido a estas críticas con el argumento de que la heterogeneidad de los resultados de las imágenes cerebrales respecto a la adicción a la comida podría ser debida a las diferencias de los estudios en los estímulos materiales, en la presentación de los estímulos y en las poblaciones estudiadas, en lugar de a problemas conceptuales o a la ausencia de una base neural para la adicción a la comida (Avena et al., 2012). Del mismo modo, los paradigmas utilizados en los modelos animales existentes pueden de hecho ser

comparables con la conducta alimentaria de los individuos con trastornos de la alimentación y los criterios de dependencia de drogas se pueden trasladar muy bien a los alimentos dependiendo de sus definiciones y enunciados (Meule, 2014; Meule y Kübler, 2012).

Un paso importante hacia la superación de algunas de estas cuestiones fue el desarrollo de la Escala de Yale de Adicción a la Comida (YFAS; Gearhardt, Corbin, y Brownell, 2009b). Este instrumento de 25 ítems mide la presencia de síntomas de adicción a la comida basándose en los siete criterios de dependencia de drogas de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Además, dos ítems evalúan el deterioro clínicamente significativo o la angustia que resulta de comer en exceso. Cuando tanto el deterioro clínicamente significativo como la angustia están presentes y se cumplen al menos tres de los siete criterios, se puede “diagnosticar” adicción a la comida. Las tasas de prevalencia de adicción a la comida de acuerdo con la YFAS van desde el 5% al 10% en muestras no clínicas (Flint et al., 2014; Gearhardt et al., 2009b.; Mason, Flint, Field, Austin, y Rich-Edwards, 2013; Meule, Vögele, y Kübler, 2012; Pedram et al., 2013), del 15% al 25% en muestras de obesos (Burmeister, Hinman, Koball, Hoffmann & Carels, 2013; Davis et al., 2011; Davis et al., 2013.; Eichen, Lent, Goldbacher, y Foster, 2013; Lent, Eichen, Goldbacher, Wadden, Y Foster, 2014) y del 40% al 60% en individuos obesos con TA o pacientes bariátricos con obesidad mórbida (Gearhardt, Blanco, Masheb, y Grilo, 2013; Gearhardt et al., 2012.; Meule, Heckel, y Kübler, 2012).

Por lo tanto, la sintomatología de adicción a la comida sólo puede ser observada en un subconjunto de individuos obesos y parece estar más asociada con atracones que con la obesidad per se (Davis, 2013). Por ejemplo, un estudio reciente mostró que los individuos obesos que recibían un diagnóstico de adicción a la comida podrían diferenciarse de los individuos obesos no adictos por el perfil genético multilocus dopaminérgico, así como por las características de la conducta alimentaria, como el ansia por la comida y los atracones (Davis et al., 2013). Por otra parte, una proporción

sustancial de individuos no obesos también recibe un diagnóstico adicción a la comida (Meule, 2012; Meule y Gearhardt, en prensa) pero la mera ausencia de obesidad es una pobre descripción de esta población, y el papel de trastornos alimentarios que no van necesariamente acompañados de obesidad tales como la bulimia nerviosa (BN) es en gran medida poco claro.

Aunque en diversos artículos teóricos se ha tratado un modelo de adicción de BN (Umberg, Shacter, Hsu, y Greenblatt, 2012; Vandereycken, 1990), muy pocos estudios han examinado la BN desde una perspectiva de adicción. La mayoría de esos estudios compararon las puntuaciones en cuestionarios de personalidad de individuos con BN con individuos con adicción a drogas en un intento de identificar una “personalidad adictiva” entre las personas con BN (de Silva y Eysenck, 1987; Feldman y Eysenck, 1986; Hatsukami, Owen, Pyle, y Mitchell, 1982; Kagan y Albertson, 1986). Sólo un estudio ha investigado si la conducta alimentaria en la BN puede ser realmente descrita como una conducta adictiva (Hope et al., 2012). Los resultados mostraron que las personas con BN cumplen los criterios de trastorno adictivo de Goodman (Goodman, 1990) en la misma proporción que las personas adictas a las drogas. Sin embargo, un inconveniente de la utilización de estos criterios es que no especifican el comportamiento problemático. Es decir, se puede referir tanto a la conducta alimentaria como a las conductas compensatorias como vomitar o hacer ejercicio en exceso.

Hasta la fecha, ningún estudio ha examinado la adicción a la comida utilizando las medidas de la YFAS en individuos con BN. En el presente estudio, se esperaba que una gran proporción de participantes que reportaban conducta bulímica fueran diagnosticados de adicción a la comida, con tasas de prevalencia comparables a las que se encuentran en las personas con TA (ver texto anterior). Se esperaba que los diagnósticos de adicción a la comida fueran menos frecuentes en los individuos que reportaban remisión de la BN y que estuviera ausente en un grupo control de mujeres emparejadas por edad y por índice de masa corporal (IMC). Se incluyó el grupo en remisión para aprender acerca de la estabilidad de la adicción a la

comida en la BN. En relación con los síntomas floridos de la BN, el grupo remitido debería mostrar menores niveles de adicción a la comida. En caso de ser estable e independiente de los síntomas bulímicos, el grupo de remisión debería mostrar altos niveles de adicción a la comida similares a los del grupo BN. Por otra parte, evaluamos descriptivamente las tasas de respaldo de cada síntoma de adicción a la comida dado que pueden diferir entre muestras de obesos y no obesos (Meule, Heckel, et al., 2012).

Adicionalmente a estas principales preguntas de investigación, exploramos los correlatos consecuentes a comer de modo adictivo. En primer lugar, de manera similar a resultados anteriores, se esperaba que las puntuaciones en la YFAS (es decir, la puntuación diagnóstica dicotómica y el recuento continuado de los síntomas) se relacionaran positivamente con la patología del trastorno de la alimentación contenida, emocional, alimentación externa y síntomas depresivos (Gearhardt et al, 2009b; Gearhardt et al, 2013; Gearhardt et al, 2012; Meule, Heckel, Jurowich, Vögele, y Kübler, en prensa; Meule, Vögele, et al., 2012). En segundo lugar, dado que la sintomatología bulímica se relaciona positivamente con la impulsividad y el trastorno límite de la personalidad (TLP; Waxman, 2009) y las puntuaciones de la YFAS se asocian con mayor impulsividad (por ejemplo, Davis et al, 2011; Meule, et al., en prensa), se esperaba que las puntuaciones en la YFAS serían también positivas en relación con la sintomatología TLP. En tercer lugar, exploramos si las puntuaciones YFAS se asocian con las características de los participantes tales como la edad, los años de educación y el IMC.

## Materiales y métodos

### *Participantes y procedimientos*

Este estudio fue revisado y aprobado por el comité ético de la Universidad de Salzburgo, Austria. Mujeres con diagnóstico actual de historia de BN fueron reclutadas a través de consultas externas y centros de asesoramiento especializados en trastornos de la alimentación del sur de Alemania. Las participantes firmaron el consentimiento informado escrito.

Las mujeres que reportaron a tener un diagnóstico actual de BN ( $n = 34$ ) fueron excluidas si estaban con bajo peso ( $IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$ ), si puntuaban por debajo del punto de corte del cuestionario Eating Disorder Examination (EDE-Q) de 2,3 (Mond, Hay, Rodgers, Owen, y Beumont, 2004)<sup>1</sup> o si reportaron menos de ocho atracones o menos de ocho purgas durante los últimos 28 días en el EDE-Q. En consecuencia, fueron excluidas ocho participantes, dejando un tamaño de muestra final de  $n = 26$  para el grupo BN actual.

Las mujeres que reportaron tener historia de BN ( $n = 26$ ) fueron excluidas si estaban actualmente con bajo peso ( $IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$ ), si realizaban atracones regulares (más de 4 días de atracones durante los últimos 28 días) o si reportaron al menos un episodio de atracón y un episodio de purga en los últimos 28 días en el EDE-Q. Como resultado, se excluyó a seis participantes, dejando un tamaño de muestra final de  $n = 20$  por el grupo BN remitida. Todas las participantes en el grupo BN remitida reportaron que su última semana con al menos dos episodios de atracón/purga fue al menos 3 meses antes ( $M = 21,70$  meses,  $DE = 24,97$ ).

Un grupo de control de mujeres sin trastornos de la alimentación fueron reclutadas a través de una lista de correo de la Universidad de Ulm, Alemania, y completó los cuestionarios en línea ( $n = 70$ ). Las participantes en este grupo fueron excluidas si estaban actualmente con bajo peso ( $IMC < 17,5 \text{ kg/m}^2$ ), realizaban atracones regulares (más de 4 días de atracones en los últimos 28 días) o reportaban al menos un episodio de atracón y un episodio de purga durante los últimos 28 días en el EDE-Q. Como resultado, siete participantes fueron excluidas dejando un tamaño de muestra final de  $n = 63$  para el grupo control.

## Medidas

### *Escala Yale de Adicción a la Comida*

Para la evaluación de la adicción a la comida se uti-

<sup>1</sup> A destacar que se utiliza este corte sólo en este grupo, para asegurar que las mujeres en el grupo BN cumplieran con los criterios completos para BN. No se usó para los otros dos grupos ya que el objetivo era asegurar que las participantes no mostraran sintomatología bulímica, aunque es posible tener puntuaciones totales altas en el EDE-Q en ausencia de un trastorno alimentario.

lizó la versión alemana de 25-ítems de la YFAS (Meule, Vögele, et al., 2012). El recuento de síntomas que va desde cero a siete síntomas de adicción a los alimentos se puede calcular como una puntuación continua. Los diagnósticos de adicción a la comida se pueden calcular como una puntuación dicotómica cuando se cumplen al menos tres síntomas y hay un deterioro clínicamente significativo o angustia. Dado que la YFAS incluye diferentes categorías de respuesta (para obtener instrucciones detalladas de puntuación consulte Meule y Gearhardt, en prensa) la consistencia interna se calcula una vez que se han dicotomizado los ítems relevantes y por lo tanto, se utiliza el coeficiente alfa de Kuder-Richardson que, en este estudio fue  $\alpha = 0,94$ .

### *Eating Disorder Examination Questionnaire*

Para la evaluación de la patología del trastorno alimentaria durante los últimos 28 días se utilizó la versión alemana de 28 ítems del EDE-Q (Hilbert y Tuschen-Caffier, 2006). Veintidós de estos ítems medían la sintomatología del trastorno alimentario en las subescalas, restricción, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura. La consistencia interna fue  $\alpha$  de Cronbach = 0,97 para la escala total y varió entre  $\alpha = 0,90$  y 0,92 para las subescalas. Los seis ítems restantes evalúan los atracones y las conductas compensatorias. De éstos, en el estudio actual sólo se utilizaron los dos ítems que evalúan los días con episodios de atracones objetivos (es decir, consumo de grandes cantidades de alimentos y sensación de pérdida de control) y el número de veces de vómitos auto-inducidos.

### *Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (Dutch Eating Behavior Questionnaire)*

Para la evaluación de la conducta alimentaria emocional y externa se utilizaron veinte ítems de la versión alemana del Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria (Grunert, 1989). Los ítems de la subescala de restricción no se emplearon dado que la restricción ya estaba cubierta por el EDE-Q. Las consistencias internas en el estudio actual fueron  $\alpha$  de

Cronbach = 0,95 (comer emocional) y  $\alpha = 0,88$  (comer externo).

*Versión corta de la  
Lista de Síntomas Borderline*

Para la evaluación de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad durante los últimos 7 días, se utilizó la versión corta de 23 ítems de la lista Alemana de Síntomas Borderline (TLP) (Bohus et al., 2009). La consistencia interna en el estudio actual fue de  $\alpha$  de Cronbach = 0,96.

*Inventario Breve de Síntomas*

Para la evaluación de síntomas de somatización, ansiedad y depresividad durante los últimos 7 días, se utilizó la versión corta de 18 ítems del Inventario Breve de Síntomas Alemán (Spitzer et al., 2011). En el estudio actual sólo se utilizó su puntuación total, el denominado Índice Global de Gravedad y la consistencia interna fue  $\alpha$  de Cronbach = 0,92.

*Versión corta de la Escala de Depresión  
del Centro de Estudios Epidemiológicos*

Para la evaluación de los síntomas de depresión durante los últimos 7 días, se utilizó la versión corta de 15 ítems de la versión alemana de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Hautzinger, Bailer, Hofmeister, y Keller, 2012) En el estudio actual la consistencia interna fue  $\alpha$  de Cronbach = 0,93.

*Información sociodemográfica  
y antropométrica*

Los participantes informaron de su sexo (hombre/mujer), edad (años), altura (cm), peso (kg), nacionalidad (austriaco / alemán / otro) y años de educación (incluyendo la escuela, la capacitación laboral y años de universidad). Las personas con antecedentes de BN informaron, además, del tiempo desde sus últimos episodios regulares de atracón/ purga (es decir, al menos dos veces a la semana) en meses.

*Análisis de datos*

Se testaron las diferencias de grupo en las variables continuas con análisis de varianza y seguimiento con test de Scheffé. Las diferencias de grupo en cuanto a la frecuencia de diagnósticos YFAS se testaron con los test de la  $X^2$ . Para dilucidar las asociaciones entre las variables del estudio y la YFAS se utilizó en todos los grupos la puntuación de diagnóstico de la YFAS y los participantes que recibían el diagnóstico de adicción a la comida (grupo de adicción a la comida) se compararon con aquellos que no recibían diagnóstico de adicción a la comida (grupo de no adicción a la comida) mediante pruebas de  $t$  pareada. Además, en todos los participantes se examinaron las relaciones entre el conteo de síntoma YFAS y las variables del estudio con correlaciones de Pearson. Las tasas de confirmación (en %) de cada síntoma de adicción a la comida se presentan descriptivamente para el grupo de adicción a la comida y el grupo de no adicción a la comida.

**Resultados**

*Diferencias de grupo*

Los grupos no difirieron en edad o años de educación (Tabla 1). La mayoría de los participantes tenían un peso normal, excepto uno de los participantes en el grupo BN y cinco participantes del grupo de control que tenían sobrepeso ( $IMC > 24,99 \text{ kg/m}^2$ ). Sin embargo, los grupos no difirieron en el IMC (Tabla 1). La proporción de diagnósticos de adicción a la comida difirió significativamente entre los grupos ( $\chi^2_{(2)} = 88,75, p < 0,001$ ). Todos los individuos con BN actual, seis individuos con BN remitida y ninguna mujer del grupo control recibieron diagnóstico de adicción a la comida (Figura 1; todos los grupos diferían significativamente entre sí: todas las  $\chi^2_{(1)} 20,37, p < 0,001$ ). Del mismo modo, el grupo BN actual reportó más síntomas de adicción a alimentos que el grupo BN remitida que a su vez reportó más síntomas de adicción a alimentos que el grupo control (véase la Tabla 1 para las medias, desviaciones estándar y pruebas estadísticas).

Se encontraron similares diferencias entre los grupos para la puntuación total del EDE-Q y todas sus subescalas, el comer emocional y los síntomas depre-

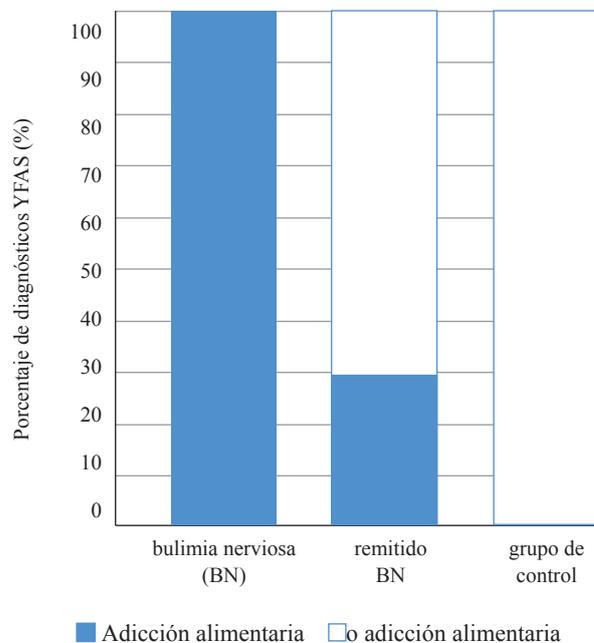
sivos. Sin embargo, el grupo de BN remitida no difería del grupo control con respecto a la frecuencia de los atracones y purgas (confirmando nuestra asignación de grupo), comer externo, sintomatología TLP y el Índice de Severidad Global (Tabla 1).

*Asociaciones con la Escala de Yale de Adicción a la Comida*

El grupo de adicción a la comida tenía menos años de educación y un índice de masa corporal ligeramente menor que el grupo de no adicción alimentaria. La edad no difería entre los grupos. El grupo de adicción a la comida tenía mayor trastorno alimentario y psicopatología general que el grupo de no adicción alimentaria en todas las medidas del cuestionario (Tabla 2).

Imitando esos resultados, el recuento de los síntomas YFAS se correlacionaba positivamente con todas las medidas de un trastorno de la alimentación y con psicopatología general y se correlacionaba ligeramente negativa con el IMC. Los síntomas de adicción a la comida no se correlacionaban con la edad o los años de

**Figura 1. Porcentaje de diagnósticos según la Escala de Yale Adicción a la Comida (YFAS) en individuos con un diagnóstico actual de la bulimia nerviosa (BN) y BN remitido y en el grupo de control**



**Tabla 1. Estadística descriptiva y pruebas de las variables de estudio continuas**

N = 109	BN activo (n = 26)		BN remitida (n = 20)		Grupo control (n = 63)		ANOVA		
	M	DE	M	DE	M	DE	F <sub>(2,106)</sub>	p	η <sup>2</sup> <sub>p</sub>
Edad (años)	25,23	5,82	25,55	3,72	23,57	4,20	2,09	ns	0,04
Educación (años)	14,19	2,12	15,05	2,69	15,29	3,37	1,23	ns	0,02
Índice de masa corporal (kg / m <sup>2</sup> )	20,92	1,92	21,92	1,50	21,84	2,65	1,61	ns	0,03
Puntuación de síntomas YFAS	6,27 <sup>a</sup>	1,04	3,95 <sup>b</sup>	1,79	0,86 <sup>c</sup>	0,90	221,73	<0,001	0,81
EDE-Q- total	4,21 <sup>a</sup>	0,81	2,13 <sup>b</sup>	1,00	0,82 <sup>c</sup>	0,80	151,77	<0,001	0,74
EDE-Q- restricción	3,99 <sup>a</sup>	1,23	1,83 <sup>b</sup>	1,15	0,72 <sup>c</sup>	1,01	83,38	<0,001	0,61
EDE-Q- preocupación por comer	4,39 <sup>a</sup>	1,12	1,58 <sup>b</sup>	0,87	0,28 <sup>c</sup>	0,45	283,80	<0,001	0,84
EDE-Q- preocupación por peso	4,06 <sup>a</sup>	1,26	2,40 <sup>b</sup>	1,25	0,93 <sup>c</sup>	1,04	72,38	<0,001	0,58
EDE-Q- preocupación por figura	4,40 <sup>a</sup>	0,99	2,70 <sup>b</sup>	1,18	1,33 <sup>c</sup>	1,18	68,53	<0,001	0,56
EDE-Q- días de atracones	32,54 <sup>a</sup>	21,13	1,25 <sup>b</sup>	1,68	0,10 <sup>b</sup>	0,53	96,70	<0,001	0,65
EDE-Q- vómito autoinducido	35,38 <sup>a</sup>	23,58	0,10 <sup>b</sup>	0,31	0,06 <sup>b</sup>	0,35	94,11	<0,001	0,64
DEBQ comer externa	35,42 <sup>a</sup>	7,97	32,00 <sup>a,b</sup>	6,55	30,02 <sup>b</sup>	7,15	5,14	0,007	0,09
DEBQ emocional comer	37,46 <sup>a</sup>	7,27	27,45 <sup>b</sup>	6,22	19,56 <sup>c</sup>	7,56	57,00	<0,001	0,52
BSL-23	1,61 <sup>a</sup>	0,78	0,61 <sup>b</sup>	0,47	0,37 <sup>b</sup>	0,56	39,37	<0,001	0,43
BSI-18-total	1,15 <sup>a</sup>	0,56	0,46 <sup>b</sup>	0,45	0,31 <sup>b</sup>	0,46	27,87	<0,001	0,35
CES D – formulario corto	18,96 <sup>a</sup>	6,59	12,05 <sup>b</sup>	6,57	7,38 <sup>c</sup>	6,48	29,31	<0,001	0,36

Notas: BN, bulimia nerviosa; YFAS, Escala Yale de Adicción a la Comida; EDE-Q, Cuestionario para Examen de Trastornos Alimentarios; DEBQ, Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria; BSL-23, Lista de Síntomas Borderline; BSI-18, Inventario Breve de Síntomas; CES-D, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

Las medias de los grupos con diferentes superíndices son significativamente diferentes a aquellos basados en los test de Scheffé (todas las p <0,03),

educación (Tabla 2). El síntoma de adicción a la comida refrendado más a menudo era un deseo persistente o un esfuerzo infructuoso para reducir o controlar el comer, mientras que el síntoma refrendado menos frecuentemente era la tolerancia (Tabla 3).

### Discusión

El presente estudio tenía como objetivo investigar el concepto de adicción a la comida y sus correlatos en

mujeres con sintomatología bulímica. Todas las participantes exhibiendo actualmente conductas bulímicas y un 30% de las que tenían historial de BN podrían clasificarse como “adictas a la comida” según la YFAS, mientras que ninguna de las mujeres en el grupo control recibió tal diagnóstico. Este resultado está en línea con el estudio de *Speranza y col. (2012)*, ya que demuestra claramente que la conducta alimentaria en los individuos con BN es muy comparable al consumo de drogas en los TCDs y que la conducta bulímica puede ser descrita per se como una conducta adictiva. Estos hallazgos

**Tabla 2.** Comparaciones entre los participantes con y sin un diagnóstico YFAS y correlaciones con el recuento de los síntomas YFAS

N = 109	Adicción a la comida (n = 32)		No adicción a la comida (n = 77)		prueba de la t		Síntomas adicción comida	
	M	DE	M	DE	t <sub>(107)</sub>	p	r	p
Edad (años)	25,31	5,49	23,92	4,16	1,44	ns	0,13	ns
Educación (años)	13,97	2,12	15,40	3,22	2,32	0,02	0,18	ns
Índice de masa corporal (kg / m <sup>2</sup> )	21,02	1,90	21,89	2,45	1,79	0,08	0,19	0,05
Puntuación de síntomas YFAS	3,85	1,15	1,04	0,95	13,17	<0,001	0,82	<0,001
EDE-Q- total	3,61	1,51	0,92	1,08	10,57	<0,001	0,73	<0,001
EDE-Q- restricción	3,94	1,42	0,49	0,70	16,95	<0,001	0,86	<0,001
EDE-Q- preocupación por comer	3,78	1,37	1,18	1,21	9,83	<0,001	0,73	<0,001
EDE-Q- preocupación por peso	4,07	1,29	1,58	1,27	9,31	<0,001	0,74	<0,001
EDE-Q- preocupación por figura	26,91	22,42	0,21	0,77	10,50	<0,001	0,65	<0,001
EDE-Q- días de atracones	28,78	25,36	0,06	0,34	10,00	<0,001	0,64	<0,001
EDE-Q- vómito autoinducido	34,94	7,97	30,31	6,94	3,03	0,003	0,34	<0,001
DEBQ comer externa	35,78	7,71	20,91	7,92	9,00	<0,001	0,75	<0,001
DEBQ emocional comer	35,78	7,71	20,91	7,92	9,00	<0,001	0,75	<0,001
BSL-23	1,46	0,79	0,40	0,55	8,05	<0,001	0,63	<0,001
BSI-18-total	1,06	0,59	0,32	0,45	7,09	<0,001	0,58	<0,001
CES D – formulario corto	18,38	6,89	7,94	6,36	7,62	<0,001	0,60	<0,001

Notas: YFAS, Escala Yale de Adicción a la Comida; EDE-Q, Cuestionario para Examen de Trastornos Alimentarios; DEBQ, Cuestionario Holandés de Conducta Alimentaria; BSL-23, Lista de Síntomas Borderline; BSI-18, Inventario Breve de Síntomas; CES-D, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos

**Tabla 3.** Tasas de refrendo de los síntomas de la Escala Yale de Adicción a Alimentos

N = 109	Adicción a la comida (n = 32)		No adicción a la comida (n = 77)	
	n	%	n	%
Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de reducir o controlar la alimentación	32	100	42	54,5
Renunciar a actividades sociales, laborales, o recreativas	31	96,9	10	13,0
Síntomas de abstinencia	31	96,9	14	18,2
Pasar mucho tiempo obteniendo alimentos o comiendo o recuperándose de sus efectos	28	87,5	8	10,4
Comer continuamente a pesar de problemas físicos o psicológicos	27	84,4	9	11,7
Consumo de grandes cantidades o sobre una período más tiempo de lo previsto	26	81,3	10	13,0
Tolerancia	21	65,6	7	9,1

basados en conductas auto reportadas se complementan con los exámenes recientes de procesos neurobiológicos que también muestran similitudes entre la BN y la dependencia de drogas (*Hadad y Knackstedt, 2014*).

Cabe destacar que la prevalencia de diagnósticos YFAS fue mayor en la muestra de individuos con BN activa en comparación con las muestras de personas con TA en remisión, de los cuales aproximadamente el 50% recibió un diagnóstico (*Meule y Gearhardt, en prensa*). Este hallazgo está en línea con el hecho de que los episodios de atracones difieren en varios aspectos entre los individuos con BN y TA. Por ejemplo, las personas con BN consumen más carbohidratos/azúcar, experimentan el comer como menos agradable y tienen menos cogniciones negativas relacionadas con el alimento, con comer y con el estrés durante los episodios de atracón que aquellos con TA (*Fitzgibbon y Blackman, 2000; Hilbert y Tuschen-Caffier, 2007; Mitchell et al., 1999*). Existe la posibilidad de que la mayor psicopatología general de los individuos con BN contaminara las puntuaciones de la YFAS, es decir, puntuaciones YFAS más estrictas pueden ser debidas a una psicopatología general más severa. Sin embargo, un estudio reciente entre individuos con sobrepeso encontró que la relación entre las puntuaciones YFAS y mayor psicopatología estaba totalmente mediada por la gravedad del atracón, sugiriendo que la asociación entre la adicción a la comida y la psicopatología se puede explicar de hecho por los trastornos de conductas alimentarias (*Imperatori et al., en prensa*).

Cabe señalar, sin embargo, que el núcleo de la psicopatología de la BN también incluye una sobrevaloración del peso corporal y la figura, que impulsa la dieta disfuncional, resultando en atracones y en conductas compensatorias disfuncionales (*Wilson, 2010*). Estos aspectos están ausentes en los TCDs, lo que sugiere que, además de muchas similitudes, hay también algunas diferencias fundamentales entre la BN y la adicción a las drogas. En el presente estudio no sólo el atracón, sino también la preocupación por el peso y la figura, se correlacionaron fuertemente con el número de síntomas de adicción a la comida. Por lo tanto, la investigación futura sobre la adicción a la comida puede examinar el papel de tales aspectos con más detalle más allá de

centrarse en los atracones.

Estudios previos sobre la adicción a la comida en individuos no obesos encontraron que entre el 5% y el 10% cumplen los criterios de adicción a la comida según la YFAS (*Meule, 2011, 2012*). Sin embargo, esta investigación no evaluó la sintomatología de la BN. El alto porcentaje de adicción alimentaria en BN sugiere que algunos de estos “participantes sanos” podría ser en realidad aquellos con BN o con síntomas bulímicos subclínicos. A tener en cuenta que ninguno de nuestros individuos sanos sin BN o sin historia de BN cumplía los criterios diagnósticos de la YFAS. Esto apoya la idea de que los individuos no bulímicos no obesos rara vez reúnen los requisitos para un diagnóstico de adicción a la comida. Sin embargo, se necesitan estudios futuros con muestras grandes de individuos con peso normal que estén libres de síntomas de bulimia para dilucidar si el estatus YFAS de adicción a la comida lo cumplen exclusivamente los participantes con BN, o si las personas con BN únicamente suponen un subgrupo de individuos con peso normal que reciben diagnóstico de adicción a alimentos. El examen de las relaciones con el IMC reveló que había una pequeña asociación negativa entre la sintomatología de adicción a la comida y la masa corporal, lo que contrasta con los hallazgos de una relación positiva en muestras con un amplio rango de IMC (*Flint et al, 2014; Pedram et al., 2013*). Los individuos bulímicos pueden no aumentar de peso debido a conductas de compensación a pesar de realizar una alimentación tipo adictiva. En conclusión, los resultados del presente estudio sugieren que la sintomatología bulímica se asocia fuertemente a la alimentación de tipo adictiva según mide la YFAS y que ello contribuye a una atenuación de las relaciones positivas entre la sintomatología de adicción a la comida y el IMC.

Replicando estudios previos en los cuales se utilizó la YFAS, la sintomatología de adicción a la comida se relacionó con una mayor patología alimentaria y con síntomas depresivos (*Gearhardt et al, 2009b; Gearhardt et al, 2012; Gearhardt et al, 2013; Meule, Vögele, et al., 2012*). Además, el presente estudio es el primero en mostrar que la adicción a la comida también va emparejado con sintomatología de TLP. Dado que la impulsividad es una característica central del TLP (es

decir, incluso se incluye en los criterios diagnósticos; *American Psychiatric Association, 2013; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, y Swann, 2001*), este descubrimiento refleja hallazgos de una correlación positiva entre las escalas de impulsividad y la YFAS (*Davis et al, 2011; Meule, 2013; Meule, Lutz, Vögele, y Kübler, 2012; Murphy, Stojek, y MacKillop, 2014; Meule et al., en revisión*). Los estudios futuros pueden investigar si la impulsividad media la relación entre el TLP y la sintomatología de adicción a la comida.

Al examinar los síntomas de adicción a la comida refrendados más a menudo, se pudieron observar diferencias con estudios previos. En línea con otros estudios, el síntoma refrendado con más frecuencia era un deseo persistente o un esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el comer (*Flint et al, 2014; Gearhardt, Corbin, y Brownell, 2008*). Sin embargo, otros dos síntomas respaldados con frecuencia fueron abandonar actividades importantes y síntomas de abstinencia (Tabla 3), que son menos frecuentemente refrendados en las muestras con personas obesas (*Eichen et al, 2013; Gearhardt et al, 2012; Gearhardt et al, 2013; Meule, Heckel, et al., 2012; Meule, Hermann y Kübler, 2013*). Por el contrario, el síntoma menos refrendado en el presente estudio era la tolerancia, la cual es a menudo uno de los síntomas más refrendados en individuos obesos (*Eichen et al, 2013; Gearhardt et al, 2012; Gearhardt et al, 2013; Meule, Heckel, et al, 2012; Meule, Hermann y Kübler, 2013*). La posible explicación para esto puede ser simplemente un efecto de la edad: las muestras de individuos obesos tienen, por lo general, una edad superior en comparación con nuestra muestra de adultos jóvenes y el desarrollo de la tolerancia puede ocurrir principalmente después de varios años de comer tipo adictivo. Los estudios futuros deben comparar directamente las tasas de refrendo de los síntomas de adicción a la comida entre las diferentes clases de edad y peso, para revelar así si hay diferencias realmente sistemáticas y estables entre los individuos de peso normal y los obesos que reciben un diagnóstico adicción a la comida.

Una potencial implicación clínica del presente hallazgo de las características tipo adicción en individuos con BN sería adaptar intervenciones de TCD para

BN. Esto podría incluir módulos psicoeducativos sobre adicción o procedimientos de control de estímulos que reduzcan la exposición a alimentos “adictivos” (en contraste con la práctica actual en psicoterapia para BN). Por ejemplo, existen informes de casos que muestran que proporcionando un marco de adicción se motivaba al cambio en pacientes con BN y sus familias (*Slive & Young, 1986*). Algunos grupos de autoayuda alientan a evitar ciertos alimentos “adictivos” (por ejemplo, *Russell-Mayhew, von Ranson, y Masson, 2010*) lo que está, en general, contraindicado en el tratamiento de la BN (*Wilson, 2010*). Técnicas tales como la entrevista motivacional o las imágenes orientadas a la aceptación para afrontar impulsos, pueden adaptarse de tratamientos TCD para aumentar la motivación para cambiar y hacer frente a los antojos alimentarios (*Davis & Carter, 2014*). Por último, la farmacoterapia dirigida a los sistemas neurotransmisores opioide y dopaminérgico han demostrado ser eficaces en tratamientos de TCD y también pueden ser útiles en la reducción de atracones (*Davis y Carter, 2014; Hadad y Knackstedt, 2014*). Por ejemplo, en un reciente estudio en animales se demostró que un inhibidor de la aldehído deshidrogenasa, que ha demostrado reducir el consumo de alcohol y cocaína en ratas, atenuaba selectivamente los atracones de alimentos sabrosos y la liberación de dopamina en ratas con atracones de azúcar (*Bocarsly et al., 2014*).

Una limitación importante de este estudio es que toda la información fue evaluada a través de auto-informe. Por ejemplo, se sabe que el auto informe de altura y peso está sesgado de manera que, por lo general, la altura está sobreestimada y el peso subestimado. Sin embargo, también se ha observado que si bien existen tales discrepancias, los informes son por lo general suficientemente precisos (*Bowman y DeLucia, 1992; Pursey, Burrows, Stanwell, y Collins, 2014*). Por otra parte, las puntuaciones en la EDE-Q se correlacionan fuertemente con las obtenidas a través de la entrevista EDE, en particular, la frecuencia de los episodios objetivos de atracones y del vómito autoinducido (*Hilbert, Tuschén-Caffier, Karwautz, Niederhofer, y Munsch, 2007*). Por lo tanto, podríamos argumentar que aunque nos basamos en el auto informe, nuestra clasificación en grupos de diagnóstico era válida. Sin embargo, se necesitan

estudios futuros en los que la sintomatología bulímica se examine a través de entrevistas de diagnóstico. Por último, aunque cada síntoma de adicción a la comida según la YFAS fue refrendado por un subconjunto de los participantes, el apoyo a la existencia de algunos de esos síntomas, por ejemplo, tolerancia y abstinencia, se limita a los estudios en animales (*Meule y Kübler, 2012*). Por tanto, se necesitan sofisticados estudios experimentales o de campo con seres humanos para validar la evaluación YFAS de la adicción a la comida. Por ejemplo, se precisan elaborados estudios longitudinales en los que la ingesta de alimentos se mida objetivamente para apoyar la existencia de estos síntomas en los seres humanos. Otros estudios pueden hacer uso de la

Evaluación Ecológica Momentánea para revelar si los individuos con un diagnóstico YFAS pasan realmente más tiempo en actividades necesarias para la obtención de alimentos, comer y recuperarse de comer en exceso en comparación con los individuos que no reciben un diagnóstico YFAS. Tales estudios pueden proporcionar un apoyo menos sesgado a la existencia de síntomas de adicción alimentaria en individuos con BN y en los humanos en general.

---

La Bibliografía se la pueden pedir a: [avellanedaguri@gmail.com](mailto:avellanedaguri@gmail.com).

**Con la colaboración de:**



**CMBB & Asociados**

**CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.**

**Londres, 27, Est. A 2<sup>a</sup>  
08029 BARCELONA**

**Teléfono 93 410 73 26  
Fax 93 419 32 96**