

Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia

Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A prevalence study

Rosa Behar A.¹, Mónica Barahona I.², Bernardita Iglesias M.², y Dunny Casanova Z.³

Background: There is substantial evidence about comorbidity between eating disorders and obsessive-compulsive disorder. **Aim:** To compare the presence of obsessions and/or compulsions and its prevalence in eating disordered patients and normal subjects. **Subjects and methods:** A structured clinical interview, the Eating Attitudes Test (EAT-40), the Eating Disorder Inventory (EDI), and the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) were administered to 54 patients who fulfilled the DSM-IV diagnostic criteria for eating disorders and to 54 normal female students. **Results:** Patients with eating disorders scored significantly higher on the EAT-40 and on the EDI and its factors, including the comorbidity scale ($p < 0.001$). Prevalence of obsessive-compulsive symptoms within a moderate and/or severe degree was significantly higher in eating disordered patients (26% versus 1.9%) ($p < 0.001$), particularly among anorexic patients (33.3%) ($p = 0.009$). Y-BOCS and its subscale Y-BCS emerge as the best indicators of eating disorders and correlated significantly with the EDI items drive for thinness, interoceptive awareness, bulimia, body dissatisfaction and ineffectiveness ($p < 0.05$). **Conclusions:** Obsessive-compulsive symptoms and their prevalence rates are confirmed according to the evidence in eating disordered patients, mainly among patients suffering from anorexia nervosa that scored higher within moderate and severe degrees.

Key words: Eating disorders, comorbidity, prevalence, obsessive, compulsive disorder.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (1): 25-34

Introducción

Una significativa proporción de pacientes portadores de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad, entre los cuales el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es el tercer

diagnóstico más frecuentemente observado¹. Kaye et al², encontraron 41% de prevalencia de TOC en pacientes con desórdenes alimentarios. Halmi et al³, detectaron en la anorexia nerviosa una incidencia durante la vida de 65% para cualquier trastorno de ansiedad, siendo el TOC el más prevalente. Braun et al⁴, observaron que 37% de

Recibido: 25 de septiembre de 2007

Aceptado: 26 de marzo de 2008

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

² Médico Becaria, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valparaíso.

³ Licenciado en Ciencias y en Bioestadística, Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, Universidad de Valparaíso.

pacientes anorécticas hospitalizadas poseían una historia de algún trastorno de ansiedad durante la vida y de éstos, la mitad tenían un TOC, sin mostrar diferencia en su ocurrencia a través de los diversos subtipos de TCA. La literatura también sugiere una fuerte asociación entre trastornos de ansiedad y bulimia nerviosa⁴⁻⁸.

La evidencia apoya la coexistencia de una alta comorbilidad entre TCA y TOC⁹⁻¹². Speranza et al¹, hallaron que la prevalencia actual y de vida de TOC en patologías alimentarias era significativamente más alta que en la población general (15,7% y 19% *versus* 0% y 1,1%; $p < 0,05$). En el mismo estudio¹, las anorécticas y bulímicas no mostraron ninguna diferencia entre ambas prevalencias (19% y 22,4% *versus* 9,7% y 12,9%, NS) y Milos et al¹³, observaron una prevalencia similar para TOC de 29,5% en pacientes anorécticas y bulímicas. A su vez, Speranza et al^{1,14}, detectaron la prevalencia actual y de vida más altas, en las anorécticas compulsivo-purgativas (29% y 43%), seguidas por las restrictivas (16%) y las bulímicas purgativas (13%). Halmi et al^{15,16}, encontraron una prevalencia de vida de obsesiones y compulsiones del 68% en anorécticas restrictivas y 79,1% en las del tipo compulsivo-purgativas. Otros autores, han hallado cifras de TOC en bulimia nerviosa entre 3% a 80%¹⁷. Rastam et al¹⁸, pesquisaron 31% de incidencia durante la vida de TOC en un seguimiento a 6 años de pacientes anorécticas, en el que 20% del grupo anoréctico aún reunía los criterios para el TOC al tiempo del seguimiento.

Las hipótesis en desarrollo indican que ambos cuadros comparten importantes aspectos neuropsicológicos dentro del espectro obsesivo-compulsivo¹⁹, que pueden deberse parcialmente a una disregulación del sistema serotoninérgico²⁰ y que existiría una transmisión genética compartida; no obstante, la naturaleza de esta diátesis permanece desconocida²¹.

El objetivo de esta investigación es establecer si en mujeres jóvenes se encuentran relacionadas estas patologías, comparando la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo, entre portadoras y no portadoras de un TCA.

Material y Métodos

Diseño muestral

Para nuestro objetivo, la comparación de presencia de TOC entre sujetos con y sin trastorno de la conducta alimentaria, la efectuamos mediante un estudio muestral de prevalencia, con preestratificación de estos dos grupos, para asegurar en las muestras, un número adecuado de sujetos de cada grupo.

El tamaño de muestra determinado para este estudio, fue el calculado para encontrar una diferencia significativa al 5%, con potencia del 80%, al comparar por el método de Fleiss²², la prevalencia de TOC, entre una muestra piloto de 54 mujeres sin TCA y otra de igual número de mujeres con TCA. El tamaño así calculado, resultó ser de 13 sujetos por grupo, para TOC de cualquier severidad y de 40 sujetos por grupo, para moderada o severa. Como esos números eran menores que 54, decidimos conservar el de las muestras piloto como tamaño definitivo, ya que satisfacían con creces las necesidades de tamaño para las comparaciones entre grupos a cualquier grado de severidad.

Selección de las muestras

a) La muestra del grupo con TCA, se seleccionó al azar y comprendió las 54 primeras pacientes de sexo femenino, que consultaron entre junio de 2004 y agosto de 2005, en el policlínico externo del Hospital del Salvador (Valparaíso), en el Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Valparaíso, en el Servicio de Atención de Alumnos de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y en la práctica privada de los autores, todas las cuales satisficieron los criterios diagnósticos para TCA según el DSM-IV²³, al menos durante un año previo al estudio.

b) La muestra del grupo sin TCA, también seleccionada al azar, comprendió las 54 primeras estudiantes universitarias de sexo femenino, contactadas en los locales de estudio de las carreras de Medicina y Odontología de la Universidad de Valparaíso y de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha, en junio

de 2005. Se excluyeron aquellas que habían presentado antecedentes de una patología alimentaria, o la presentaban al momento de esta investigación.

Procedimientos

A todas las sujetos de las muestras, se les administró una entrevista estructurada confeccionada por los autores y la versión traducida al español y validada de los siguientes instrumentos (Tabla 1): EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias)²⁴, EDI (Inventario de Desórdenes Alimentarios)²⁵, y la Y-BOCS (Escala de Obsesividad-Compulsividad de Yale-Brown)^{26,27}. Los sujetos en su totalidad respondieron voluntariamente y con consentimiento informado los instrumentos citados. El período de esta investigación se prolongó por el tiempo necesario hasta lograr un tamaño de la muestra adecuado para la exploración. Estos se aplicaron, por una sola vez en cada sujeto para ser contestados en un lapso de aproximadamente 45 minutos en forma individual y durante una única jornada. Las coautoras entrevistadoras (MB y BI) recibieron entrenamiento previo de parte de la autora principal (RB) mediante cursos y seminarios, como parte de su formación en la especialidad de psiquiatría.

1. La entrevista estructurada incluyó los datos de edad, peso actual, talla, peso ideal y preguntas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV²³ para TCA, lo que permitió pesquisar y/o confirmar la presencia de esta patología en los grupos comparativos.

2. El Test de Actitudes Alimentarias (*Eating Attitudes Test*), EAT-40²⁴.

3. El Inventario de Desórdenes Alimentarios (*Eating Disorders Inventory*), EDI²⁵. En este análisis no se consideró en su ponderación global un rango de corte y en consecuencia se analizó cada ítem en forma independiente.

4. La Escala de Obsesividad-Compulsividad de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*), Y-BOCS^{26,27}.

Análisis estadístico

a) *Descripción de grupos*: La descripción de cada grupo, con o sin trastorno de la conducta alimentaria, se hizo mediante:

- Promedios y desviaciones estándar, para las variables cuantitativas (edad, talla, peso actual, IMC [Índice de Masa Corporal], peso ideal, EAT-40, EDI y sus 8 ítems) y escala Y-BOCS.

Tabla 1. Descripción de instrumentos

<p>Test de actitudes alimentarias (<i>Eating attitudes test</i>) (EAT-40)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 40 preguntas autoaplicables distribuidas en 3 factores: 1) Dieta, 2) Control oral y 3) Bulimia y preocupación por el alimento • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos • Puntaje ≥ 30 indica patología alimentaria clínicamente presente o encubierta
<p>Inventario de desórdenes alimentarios (<i>Eating disorders inventory</i>) (EDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 preguntas autoaplicables en 8 ítems: 1) Motivación por la delgadez, 2) Consciencia interoceptiva, 3) Bulimia, 4) Insatisfacción corporal, 5) Sensación de inutilidad, 6) Temor a la madurez, 7) Perfeccionismo y 8) Desconfianza interpersonal • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 3 puntos
<p>Escala de obsesividad-compulsividad de Yale-Brown (<i>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale</i>) (Y-BOCS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evalúa la gravedad de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo sin que influya el tipo o frecuencia de obsesiones y/o compulsiones • 19 ítems heteroaplicables agrupados en 2 subescalas: a) Subescala de obsesiones (Y-BOS): ítems 1 al 5 y b) Subescala de compulsiones (Y-BCS): ítems 6 al 10 • Cada respuesta tiene valores entre 0 a 4 • Puntaje máximo total 40 y de cada subescala 20 • Puntos de corte: subclínico (0-7); leve (8-15); moderado (16-23); grave (24-31 y muy grave (32-40)

- Prevalencias de síntomas obsesivo-compulsivos en sus distintos grados, que son detallados en Procedimientos, mediante el cociente:
- $PTOCX = \frac{N^{\circ} \text{ de sujetos con obsesiones y compulsiones en grado X}}{N^{\circ} \text{ de sujetos del grupo}} \cdot 100$
- Estimaciones por intervalo de confianza del 95% [IC95%], para estas prevalencias, usando el método de aproximación cuadrática de Fleiss²².

b) *Comparación entre grupos.*

- Comparaciones de todas las variables cuantitativas: con test t de Student, entre los grupos con y sin TCA.
- Comparaciones de prevalencias entre estos dos grupos, con test χ^2 y de proporciones independientes.
- Comparaciones de prevalencias entre cada subgrupo de trastorno alimentario y las sin trastorno, con prueba exacta de Fisher, por tratarse de grupos más pequeños.

Resultados

Las 54 sujetos con TCA se distribuyeron en los trastornos siguientes: 6 anoréxicas restrictivas, cuyo rasgo principal era la disminución de la ingestión alimentaria; 3 anoréxicas compulsivo-purgativas que recurrían regularmente a “comilonas” y/o purgas durante sus episodios de anorexia; 16 bulímicas purgativas, las cuales además de presentar “comilonas”, se inducían regularmente el vómito y/o usaban laxantes, 1 bulímica no purgativa y 28 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria subclínico (o no especificado), que no reunían los requisitos diagnósticos para los síndromes alimentarios completos.

Todos los sujetos del grupo sin TCA eran estudiantes universitarias en niveles inicial y medio de su instrucción. El 68,5% de las integrantes del grupo con TCA poseía también esa educación que, sumada al 5,6% que exhibía una de tipo técnica, hacía un 74,1% de adiestramiento superior. Las restantes con TCA, se repartían en 18,5% con educación media y sólo un 7,4% básica. Esto hace

que la diferencia en nivel educacional se centre sólo en la educación básica y en esto, ambos grupos no diferían significativamente. En cuanto a estado civil, este también fue similar en ambos grupos, siendo la mayoría solteras (90,7% *versus* 98,2%).

Entre los grupos sin TCA y con TCA no hubo diferencias estadísticamente significativas para peso actual, talla, IMC y peso ideal. Sólo la edad mostró una diferencia significativa ($p = 0,02$), aunque el promedio era sólo un año superior en las con TCA (Tabla 2). Esta homogeneidad de las variables de base entre los dos grupos clínicos, permite suponer que no intervendrán en las diferencias que se puedan establecer para las variables usadas como indicadores del trastorno alimentario.

Los promedios de todas las variables indicadoras de trastorno alimentario, EAT-40, EDI y sus ítems, fueron muy superiores en el grupo con TCA ($p < 0,001$), lo que era esperable, puesto que colaboraron a efectuar el diagnóstico clínico de esa patología. Se observó además que las variables que evaluaban comorbilidad, hacían también diferencias estadísticamente significativas en la misma dirección que las anteriores ($p < 0,001$) (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestran asociaciones lineales entre puntajes de la escala Y-BOCS, y sus 2 subescalas, con los restantes parámetros estudiados. Ninguna de estas tres escalas se correlacionó linealmente con edad, talla, pesos y tiempo de evolución del trastorno. Con los puntajes de los restantes parámetros, las mujeres con TCA mostraron 20 asociaciones significativas, que se detallan: La escala Y-BOCS y sus subescalas, Y-BOS e Y-BCS, se correlacionaron con EDI, motivación por la delgadez, conciencia interoceptiva, insatisfacción corporal y temor a la madurez; Y-BOS e Y-BOCS con EAT-40, Y-BCS con Bulimia y; Y-BCS e Y-BOCS con sensación de ineficacia personal. En mujeres sin TCA se observó una gran diferencia con las asociaciones observadas en las con TCA, ya que las correlaciones significativas con las escalas de comorbilidad fueron sólo 4, puntualmente con EDI, motivación por la delga-

Tabla 2. Promedio y desviación estándar de los parámetros estudiados en las con y sin TCA y significación de la diferencia entre grupos

	Con TCA		Sin TCA		valor p
	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	
Edad (años)	22,4	2,5	21,4	1,8	0,02*
EAT-40	51,2	20,9	13,4	7,6	< 0,001*
EDI	90,4	30,9	30,3	18,4	< 0,001*
Motivación por la delgadez	15,9	4,5	3,4	4,1	< 0,001*
Conciencia interoceptiva	13,7	7,0	2,3	3,2	< 0,001*
Bulimia	8,9	5,6	2,8	2,4	< 0,001*
Insatisfacción corporal	15,2	7,2	6,3	6,1	< 0,001*
Sensación de ineficacia personal	9,3	7,8	1,5	3,0	< 0,001*
Temor a la madurez	11,8	7,6	4,8	4,0	< 0,001*
Perfeccionismo	10,5	4,3	7,1	4,1	< 0,001*
Desconfianza interpersonal	5,1	4,7	2,0	3,0	< 0,001*
Peso actual (kg)	63,0	15,3	59,5	10,4	0,16
Talla (mt)	1,6	0,1	1,6	0,1	0,79
Peso ideal (kg)	53,1	8,4	54,9	6,4	0,23
Y-BOS	6,6	4,4	1,0	1,5	< 0,001*
Y-BCS	4,4	3,7	0,9	2,2	< 0,001*
Y-BOCS	11,0	7,4	1,9	3,4	< 0,001*

\bar{x} = Promedio; DE = Desviación estándar; * = Diferencia estadísticamente significativa al test t de Student; p = Valor de p, para test t, entre mujeres con y sin TCA; Y-BOCS = Escala de obsesividad-compulsividad de Yale-Brown (Total); Y-BOS = Subescala de obsesividad de Yale-Brown; Y-BCS = Subescala de compulsividad de Yale-Brown.

Tabla 3. Correlaciones de la escala total Yale-Brown (Y-BOCS) y sus subescalas Y-BOS e Y-BCS con los parámetros restantes, en las mujeres con y sin TCA

	Con TCA			Sin TCA		
	Y-BOS	Y-BCS	Y-BOCS	Y-BOS	Y-BCS	Y-BOCS
Edad (años)	-0,02	0,04	0,00	-0,13	-0,08	-0,12
Tiempo de evolución (meses)	0,10	-0,09	0,02	-	-	-
EAT-40	0,32*	0,26	0,32*	0,24	0,13	0,20
EDI	0,43*	0,47*	0,50*	0,28*	0,20	0,27
Motivación por la delgadez	0,42*	0,36*	0,43*	0,28*	0,12	0,21
Conciencia interoceptiva	0,41*	0,40*	0,45*	0,09	0,17	0,16
Bulimia	0,19	0,27*	0,26	-0,01	0,22	0,14
Insatisfacción corporal	0,33*	0,32*	0,36*	0,12	-0,01	0,05
Sensación de ineficacia personal	0,25	0,42*	0,36*	0,24	-0,01	0,10
Temor a la madurez	0,39*	0,31*	0,39*	0,33*	0,20	0,29*
Perfeccionismo	-0,08	-0,09	-0,09	0,19	0,17	0,20
Desconfianza interpersonal	0,14	0,19	0,18	0,08	0,22	0,19
Peso actual (kg)	-0,09	-0,07	-0,09	-0,08	0,03	-0,01
Talla (mt)	-0,05	0,02	-0,02	-0,04	-0,12	-0,09
Peso ideal (kg)	-0,15	0,00	-0,09	-0,08	-0,01	-0,04

* = Correlaciones significativas al 5%; Y-BOCS = Escala de obsesividad-compulsividad de Yale-Brown (Total); Y-BOS = Subescala de obsesividad de Yale-Brown; Y-BCS = Subescala de compulsividad de Yale-Brown.

Tabla 4. Prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo (Y-BOCS) según severidad, en cada grupo y subgrupo de TCA

Y-BOCS	Severidad	s/TCA		c/TCA		AN		BN		TCA subclínico	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-7	Normal	51	94,4	20	37,0	2	22,2	7	41,2	11	39,3
8-15	Leve	2	3,7	20	37,0	4	4,4	6	35,3	10	35,7
16-23	Moderada	1	1,9	13	24,1	2	22,2	4	23,5	7	25,0
24-31	Grave	0		1	1,9	1	11,1	0		0	
16 y +	IC 95%	0,1 – 11,2%		15,4 – 39,9%		9 – 69,1%		7,8 – 50,2%		11,4 – 5,2	

IC 95% = Intervalo de confianza del 95%; AN = Anorexia nerviosa; BN = Bulimia nerviosa; TCA = Trastorno de la conducta alimentaria.

dez y temor a la madurez. Se observó además, que las con y sin TCA coincidieron en mostrar asociación entre la escala Y-BOS con EDI, con motivación por la delgadez y con temor a la madurez. Es decir, para esos parámetros, la subescala Y-BOS de obsesiones, no diferencia entre las con y sin TCA. Por su parte, Y-BOCS, no diferencia entre ambos grupos, sólo en su asociación con temor a la madurez. De lo anterior se desprende que la escala Y-BCS de compulsiones y la total Y-BOCS, son las que mejor discriminan entre mujeres con TCA y sin TCA, particularmente para EAT-40, EDI y la mayoría de sus ítems, con excepción de temor a la madurez, perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

En Tabla 4 se observa que la severidad del TOC (Y-BOCS) es mayor en mujeres con TCA que sin TCA, ya que una severidad moderada o superior alcanza a 26% en las primeras (IC95%: 15,4%-39,9%) y sólo a 1,9% en las otras (IC95%: 0,1%-11,2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Este resultado es coincidente con el obtenido en Tabla 4, donde se observó que Y-BOCS tendía a discriminar entre las con y sin TCA. En cuanto a las diferencias de prevalencia entre las sin TCA y los subgrupos anorexia, bulimia y TCA subclínico, estas también fueron significativas ($p = 0,009$ con anorécticas, $p = 0,011$ con bulímicas y $p < 0,001$ con subclínicas).

Discusión

Thiel et al²⁸, señalan que los pacientes con TCA y TOC poseen un mayor grado de obsesiones y compulsiones en torno a la conducta alimentaria, la figura y el peso corporal. Estas manifestaciones reiterativas, de características intrusivas, ocupan la mayor parte del tiempo, se viven con ansiedad y egodistonia, y, conllevan comportamientos estereotipados de pulcritud, orden y manipulación de alimentos, de la balanza y de la vestimenta²⁹. El perfeccionismo, considerado por Halmi et al^{15,16}, como rasgo fenotípico importante vinculado a la anorexia nerviosa, no aparece correlacionado significativamente con la sintomatología obsesiva-compulsiva en nuestras pacientes, posiblemente debido a que en su mayoría correspondían a cuadros alimentarios subclínicos. Cabe destacar que las escalas Y-BCS y Y-BOCS emergen como los mejores indicadores para discriminar entre mujeres con y sin TCA, especialmente en la presencia de ciertas características psicológicas y/o conductuales exhibidas por las pacientes, tales como la motivación para alcanzar una silueta delgada, la dificultad para discernir sus propias sensaciones y necesidades corporales, la presencia de comportamientos bulímicos, la insatisfacción corporal y la sensación de inutilidad personal con baja autoestima, parámetros con los cuales se correlacionaron significativamente.

Sintomatología compatible con TOC de grado moderado o superior se encontró con mayor prevalencia en las pacientes con TCA que en sus pares sin patología alimentaria y entre anorécticas que en bulímicas o portadoras de TCA no especificado, resultados que divergen de los de Cooper³⁰, quien afirma que el grado de TOC parece ser similar en todas las clasificaciones diagnósticas de TCA. Algunos estudios aportan prevalencias del 7% al 10% para la coexistencia de anorexia nerviosa y TOC en el momento de la prueba^{3,31,32}, valores que son superados por la nuestra, estimada al 95%, entre 15,4% y 39,9%. Nuestra estimación es superior a la encontrada por Morgan y Russell³³, en las anorécticas (37,7% *versus* 23%) y más cercana con el estudio de Rabe-Jabionska³⁴, en que un tercio de las anorécticas cumplían criterios diagnósticos del DSM-IV para TOC, al aplicarles la Y-BOCS. Varios investigadores coinciden en la estrecha relación existente entre anorexia nerviosa y TOC, cuya sintomatología obsesivo-compulsiva exhibida por estas pacientes, no se sabe si precede, aparece durante la etapa aguda del TCA o como consecuencia de su evolución³⁵⁻³⁷.

El principio más importante en el tratamiento de la simultaneidad de estas condiciones, es el reconocimiento del efecto del enflaquecimiento y la ingestión inestable de alimentos en ambos diagnósticos. Los clínicos deberían tratar la comorbilidad de la manera habitual, permaneciendo conscientes que la alteración en el comer afectará negativamente la respuesta al tratamiento³⁸.

La importancia de nuestra investigación radica en el hallazgo de la coexistencia clínica de ambos trastornos y se fundamenta en la conclusión de Wentz *et al*³⁹, en cuyo estudio las anorécticas mostraron un desenlace psicosocial pobre, en la mayoría de los casos explicado por un TCA per-

sistente o conductas/problemas de interacción social de tipo obsesivo-compulsivo, cuya detección debe considerarse de rutina en la evaluación de las pacientes alimentarias, según lo recomiendan O'Brien *et al*⁴⁰, para determinar el óptimo tratamiento psicológico y/o farmacológico.

Limitaciones

- El tamaño pequeño de los subgrupos de desórdenes alimentarios restringió la exploración más exhaustiva de subtipos clínicos.
- No se realizó la pesquisa detallada de los contenidos de las obsesiones y compulsiones detectadas en las pacientes.
- No se consideró la existencia de otras comorbilidades, tanto físicas como psicopatológicas, ni la influencia del tratamiento efectuado.

Implicancias

- Se confirma la coexistencia de síntomas compatibles con TOC, con sus respectivas prevalencias en pacientes con patologías alimentarias.
- La mayor prevalencia y severidad de sintomatología obsesivo-compulsiva se observó principalmente en las pacientes anorécticas.
- Su detección debe considerarse rutinariamente en cualquier evaluación médica general de las pacientes alimentarias, ya que su presencia afecta el manejo terapéutico, curso y pronóstico del trastorno alimentario.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todas aquellas personas que prestaron su valiosa colaboración en esta investigación, sin la cual no habría podido realizarse.

Resumen

Antecedentes: Existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo. **Objetivo:** Comparar la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo y sus prevalencia, en mujeres con y sin patologías alimentarias. **Sujetos y Métodos:** Se administró una entrevista clínica estructurada, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), la Escala de Obsesividad-Compulsividad de Yale-Brown (Y-BOCS) a 54 pacientes que satisficieron los criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria y a 54 estudiantes sin problemas alimentarios. **Resultados:** Los puntajes de todos los indicadores, incluidas las escalas de comorbilidad, fueron más altos en las pacientes ($p < 0,001$). La prevalencia síntomas obsesivo-compulsivos de grado moderado y/o superior fue significativamente mayor en las pacientes alimentarias (26% versus 1, 9%) ($p < 0,001$), particularmente en las pacientes anorécticas (33,3%) ($p = 0,009$). La escala Y-BOCS y la subescala Y-BCS emergen como los mejores indicadores para discriminar patologías alimentarias y se correlacionaron significativamente con los ítems motivación por la delgadez, consciencia interoceptiva, bulimia, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia personal ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Se confirma la presencia y la prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo en los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa que obtuvieron puntajes más altos en los niveles moderado y severo.

Palabras clave: trastornos alimentarios, comorbilidad, prevalencia, trastorno obsesivo compulsivo.

Referencias

1. Speranza M, Corcos M, Godart N, Jeammet P, Flament M. Current and lifetime prevalence of obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Encephale* 2001; 27 (6): 541-50.
2. Kaye W, Bulik C, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004; 161 (12): 2215-21.
3. Halmi K, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 712-8.
4. Braun D, Sunday S, Halmi K. Psychiatric comorbidity with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859-67.
5. Von Ranson K, Kaye W, Weltzin T, Rao R, Matsunaga H. Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1703-8.
6. Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Yoshinaka H, *et al.* Clinical characteristics in patients with bulimia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Psychol Med* 1999; 29: 407-17.
7. Herzog D, Keller M, Sacks N, Yeh C, Lavori P. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1992; 31: 810-8.
8. Monteleone P. Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: phenomenological and biological similarities. *Curr Opin Psych* 2000; 13 (6): 665-71.
9. Herzog D, Nussbaum K, Marmor A. Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1996; 19: 843-59.
10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision) 2000; 157: 1-39.

11. Behar R. Trastornos de la conducta alimentaria: Clínica y epidemiología. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2004.
12. Chinchilla A. Trastornos de la conducta alimentaria. *Anorexia y bulimia nerviosas y atracones*. Barcelona: Masson, 2003.
13. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31 (3): 284-9.
14. Speranza M, Corcos M, Godart N, Loas G, Guilbaud O, Jeammet P, *et al*. Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eat Behav* 2001; 2 (3): 193-207.
15. Halmi K, Sunday S, Klump K, Strober M, Leckman J, Fichter M, *et al*. Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2003; 33 (3): 308-19.
16. Halmi K, Tozzi F, Thornton L, Crow S, Fichter M, Kaplan A, *et al*. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 38 (4): 371-4.
17. Mitchell J, Pyle R, Hatzukami D, Goff G, Glotter D, Harper J. A 2-5 year follow-up study of patients treated for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1988; 8 (2): 157-65.
18. Rastam M, Gillberg C, Gillberg C. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 70-6.
19. Sherman B, Savage C, Eddy K, Blais M, Deckersbach T, Jackson S, *et al*. Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive compulsive spectrum disorders? *Int J Eat Disord* 2006; 39 (6): 468-76.
20. Barbarich N. Is there a common mechanism of serotonin dysregulation in anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder? *Eat Weight Disord*. 2002; 7 (3): 221-31.
21. Keel P, Klump K, Miller K, McGue M, Iacono W. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 38 (2): 99-105.
22. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons, 1981.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
24. Garner D, Olmstead M, Bohr I, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-8.
25. Garner D, Olmstead M, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983; 2: 15-34.
26. Goodman W, Price L, Rasmussen S, Mazure C, Fleischmann R, Hill C, *et al*. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-11.
27. Goodman W, Price L, Rasmussen S, Mazure C, Delgado P, Heninger G, *et al*. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-6.
28. Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M, Jacoby G, Schübler G. Obsessive-compulsive disorders among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 72-5.
29. Simeon D, Hollander E, Stein D, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1207-09.
30. Cooper P. *Bulimia nervosa and binge eating: A guide to recovery*. London: Robinson Publishing Company, 1995.
31. Schwalberg M, Barlow D, Alger S, Howard L. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Abnorm Psychol* 1992; 101 (4): 675-81.
32. Matsunaga H, Kiriike N, Iwasaki Y, Miyata A, Yamagami S, Kaye W. Clinical characteristics in patients with anorexia nervosa and obsessive compulsive disorder. *Psychol Med* 1999; 29: 407-414.
33. Morgan H, Russell G. Values of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four year follow-

- up study of 41 patients. *Psychol Med* 1976; 5: 355-71.
34. Rabe-Jablonska J. Obsessive-compulsive disorder in girls with eating disorders. *Psychiatry Poland* 1996; 30 (2): 155-63.
 35. Kasvikis Y, Tsarkis F, Marks I, Basoglu M, Noshirvani H. Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord* 1986; 5: 1069-75.
 36. Halmi K, Sunday S, Strober M, Kaplan A, Woodside D, Fichter M, *et al.* Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (11): 1799-805.
 37. Kaye W, Weltzin T, Hsu L, Bulik C, McConaha C, Sob-kiewicz T. Patients with anorexia nervosa have elevated scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 57-62.
 38. Woodside B, Staab R. Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs* 2006; 20 (8): 655-63.
 39. Wentz E, Gillberg C, Gillberg I, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 200; 42 (5): 613-22.
 40. O'brien K, Vincent N. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin Psychol Rev* 2003; 23 (1): 57-74.

Correspondencia:

Dra. Rosa Behar A.

Departamento de Psiquiatría

Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile

Casilla 92-V

Valparaíso

Fono/Fax: (56) (32) 2508550

E-mail: rositabehar@vtr.net