



**Universidad**  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

Toma de decisiones de riesgo en pacientes con  
Trastorno por Atracón

*Risky decision making in patients with Binge Eating  
Disorder*

Autor/es

Aida Vidaurre Santos

Director/es

Adrián Alacreu Crespo

Grado en Psicología

2023

## **Resumen**

Tal y como se ha observado en estudios anteriores la presencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) está relacionada con una peor toma de decisiones. Respecto al Trastorno por atracones (TA) se han encontrado resultados diversos, por eso se analizará en este estudio si la toma de decisiones está relacionada con el TA. En la presente investigación se ha utilizado una muestra de  $N = 109$  sujetos, en la que 41 presentan trastorno por atracón y los otros 68 pertenecen al grupo control, sin ningún TCA. Para ello, se utilizó la Iowa Gambling Task (IGT), que mide la toma de decisiones de riesgo; el Eating Disorder Inventory (EDI-2), que evalúa los rasgos de personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria; y la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), para comprobar si existían otras patologías concurrentes. Los resultados muestran que la toma de decisiones no difiere significativamente entre el grupo control y el grupo con el trastorno. Sin embargo, hay una relación negativa entre la toma de decisiones con el miedo a la madurez, los intentos de suicidio y las conductas compensatorias purgativas en pacientes de Trastorno por Atracones. Por ello, se puede concluir que, aunque los pacientes con TA no presentan peores puntuaciones en toma de decisiones que los sujetos sanos, algunos aspectos ligados a la gravedad del trastorno sí se relacionan inversamente con la toma de decisiones.

*Palabras clave:* Trastorno por Atracón (TA), toma de decisiones de riesgo, Iowa Gambling Task (IGT), gravedad.

## **Abstract**

As observed in previous studies, the presence of an Eating Disorder (ED) is related to worse decision making. Regarding Binge Eating Disorder (BED), different results have been found, so it will be analyzed in this study if decision-making is related to BED. In the present research, a sample of  $N = 109$  subjects was used, in which 41 have binge eating disorder and the other 68 belong to the control group, without any ED. For this, the Iowa Gambling Task (IGT), which measures risk decision-making; the Eating Disorder Inventory (EDI-2), which evaluates the traits of people with Eating Disorder; and the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI), to check if there were other concurrent pathologies, were used. The results show that decision-making does not differ significantly between the control group and the group with the disorder. However, there is a negative relationship between decision-making with maturity fears, suicide attempts, and purgative compensatory behaviors in patients with Binge Eating Disorder. Therefore, it can be concluded that, although patients with BED do not have worse decision-making scores than healthy subjects, some aspects linked to the severity of the disorder are inversely related to decision-making.

*Key words:* Binge Eating Disorder (BD), risky decision making, Iowa Gambling Task (IGT), severity.

## Introducción

Un atracón está caracterizado por un sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta asociado a ingerir una gran cantidad de alimentos en un corto periodo de tiempo, superior a lo que otra persona en el mismo tiempo y circunstancias ingeriría (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). En un Trastorno por Atracones (TA) la frecuencia en la que deben aparecer los atracones es de al menos una vez por semana durante un mínimo de 3 meses. Este trastorno se encuentra dentro de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Fue reconocido como un TCA diferenciado por primera vez en el DSM-V (Brownley, et al., 2016). No se debe confundir con la Bulimia Nerviosa (BN) ya que, aunque en ambos se producen atracones, en la BN hay también conductas compensatorias inadecuadas para intentar no ganar peso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). El Trastorno de Atracones es el TCA que más se padece (Brownley, et al., 2016; Hilbert, 2019), siendo su prevalencia vital de un 1.9% de media entre varios países de América Latina y de Europa y Estados Unidos (Kessler et al. 2013). Respecto al género, la incidencia de TA está más igualada entre hombres y mujeres que en otros TCA (Hilbert, 2019; Lewer et al., 2017). Aunque sigue siendo más común en mujeres que en hombres esta diferencia no es significativa (Bruce, y Wilfley, 1996; Spitzer et al. 1993).

Este trastorno tiene consecuencias tanto físicas como psicológicas. De hecho, teniendo en cuenta varios estudios se ha encontrado que aproximadamente entre el 52.3% y el 82.9% de personas con TA presentan comorbilidad con algún otro trastorno (Grilo et al., 2009; Grilo et al., 2013; Jones-Corneille et al., 2012; Schulz y Laessle, 2010). Además, las autolesiones, los intentos de suicidio y la muerte constituyen algunas de las consecuencias potenciales más graves que puede provocar (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016). El TA también está relacionado con la obesidad ya que la mayoría de personas con este trastorno presentan obesidad. Sin embargo, no todas las personas con obesidad tienen este trastorno y hay personas con sobrepeso o peso normal que tienen TA (Brownley, et al., 2016; Kollei et al., 2018; Lewer et al., 2017).

Como se puede observar en estudios anteriores la impulsividad está relacionada con los TCA. En concreto, se ha encontrado mayores niveles de impulsividad en personas con BN y TA que en aquellas que no presentan estos trastornos (Claes et al., 2002; Fassino et al., 2002). De hecho, la impulsividad se trata de un factor de riesgo para el desarrollo de un TA ya que esta está relacionada con elevadas expectativas de que comer ayuda a reducir el afecto negativo y, a su vez, estas expectativas se relacionan con los atracones (Pearson et al., 2015). Sin embargo, la impulsividad es un concepto difícil de definir porque acciones que son

consideradas impulsivas para algunas personas puede no serlo para otras. La cultura, la época o incluso la edad de una persona puede influir en cómo percibe la impulsividad. Por eso existen muchas definiciones de distintos autores que difieren entre sí. Además, hay diferentes formas de comportamiento impulsivo (Evenden, 1999).

Una gran cantidad de estas definiciones incluyen aspectos relacionados con la toma de decisiones debido a que este proceso es una de las funciones ejecutivas relevantes a la hora de entender las bases de la impulsividad ya que se ha encontrado que las elecciones impulsivas son uno de sus componentes junto a las acciones impulsivas y los rasgos de personalidad impulsivos (MacKillop et al., 2016). Al igual que ocurre con la impulsividad, existe evidencia de que las personas con TA obtienen peores puntuaciones en tareas de toma de decisiones (Guillaume et al., 2015; Svaldi et al., 2010). Aunque en algún estudio no se han encontrado diferencias significativas (Wu et al., 2013).

Existen diversas tareas para evaluar la toma de decisiones de riesgo pero una de las más utilizadas es el Iowa Gambling Test (IGT). En los estudios que empleaban el IGT los resultados han sido diversos. Segura-Serralta et al. (2019) encontraron que los grupos de personas con AN, BN u obesidad puntuaron peor en el IGT que personas del grupo control. Ciberti et al. (2020) también vieron que quienes tenían TCA tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control excepto en el TA, que obtuvieron puntuaciones más bajas, pero no significativas. Sin embargo, Córdova et al. (2017) encontraron que el grupo con TA obtuvo peores puntuaciones que los grupos de personas con obesidad sin el trastorno y de personas con peso normal sin el trastorno. En cambio, Danner et al. (2012) hallaron que tanto personas con TA como personas obesas sin TA obtuvieron peores puntuaciones que el grupo que no tenía el trastorno y presentaba un peso normal. Por último, Davis et al. (2010) y Kittel et al. (2017) no llegaron en sus respectivas investigaciones a diferencias significativas entre personas con TA, con obesidad y sin ninguna de las dos, aunque las puntuaciones en ambos estudios fueron más bajas en el grupo de personas con TA y el grupo con obesidad que en el grupo de personas con peso normal sin el trastorno.

El objetivo de este estudio es comprobar si las personas con TA presentan diferencias en la toma de decisiones de riesgo en comparación con la población general. La hipótesis consiste en que aquellas personas que padecen TA obtendrán peores resultados en la tarea de toma de decisiones IGT ya que en la literatura anterior se observa que habitualmente obtienen peores puntuaciones en este tipo de tareas y además muestran mayores niveles de impulsividad. Además, un segundo objetivo es comprobar si la gravedad del trastorno influye

en la toma de decisiones. La hipótesis es que una mayor gravedad de TA supondrá peores resultados en la IGT.

## **Material y Métodos**

### **Participantes y Procedimiento**

La muestra está formada por N= 109 sujetos, 41 de ellos presentan TA y los otros 68 forman parte del grupo control. El 98.17% de los participantes son mujeres y solo el 1.83% hombres y sus edades están comprendidas entre 18 y 60 años. El grupo experimental está compuesto en su totalidad por pacientes ingresados por un TA (teniendo en cuenta los criterios del DSM-V) en el Hospital de Día del Departamento de Endocrinología, Hospital Académico (CHU) de Montpellier, en Francia. Los diagnósticos de TA se hicieron por un grupo de profesionales compuesto por psiquiatras, endocrinos, psicólogos y nutricionistas. Por otro lado, para el grupo control se reclutaron sujetos sanos, que no presentaban TCA.

Un psiquiatra entrevistó a los participantes del grupo experimental para obtener información sociodemográfica sobre la sintomatología actual del trastorno alimentario; el diagnóstico actual y vital del TCA; los trastornos psiquiátricos actuales y vitales utilizando la versión francesa de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 5.0; Sheehan et al., 1998); y también el tratamiento psicofarmacológico actual. Después de esto, cada paciente completó varias autoevaluaciones de la sintomatología del trastorno alimentario y la insatisfacción corporal.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario de Montpellier (CPP Sud Méditerranée IV) y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

### **Instrumentos**

#### ***Iowa Gambling Test (IGT)***

El IGT es una tarea que evalúa la toma de decisiones de riesgo (Bechara et al., 1994). Se usó su versión computarizada, que consiste en mostrar al sujeto 4 montones de cartas, teniendo el sujeto que escoger 100 cartas de una en una, pudiendo ser cada vez del montón que prefieran. El objetivo es maximizar las ganancias. Dos de los montones (A y B) conducen a pérdidas netas globales, aunque en el A las pérdidas son menores y más frecuentes y en el B son de mayor magnitud y menor frecuencia. En cambio, en los otros dos (C y D) llevan a ganancias netas globales, siendo las pérdidas en el montón C más frecuentes y de menor magnitud y en el D al contrario (Smith et al., 2012). La puntuación se calcula restando el número total de elecciones desventajosas al número total de elecciones ventajosas. Se tiene en cuenta tanto la puntuación neta total, que es el resultado principal,

como de la puntuación neta de cada uno de los bloques que se forman al dividir la tarea en cinco bloques de tarjetas consecutivos, lo que supone el resultado secundario (Kittel et al., 2017). De esta forma se puede ver si la persona es capaz de aprender de sus experiencias anteriores, tomando las decisiones adecuadas.

### ***Eating Disorder Inventory (EDI-2)***

El EDI es un instrumento utilizado para la evaluación de trastornos de la conducta alimentaria con un Alfa de Cronbach de entre 0.83 y 0.93 (Garner, 1991). Está formado por 91 ítems con 6 opciones de respuesta cada uno (de nunca a siempre). Consta de 11 subescalas: impulso para la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, regulación del impulso e inseguridad social (Podar et al., 2007).

### ***Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)***

La MINI es una entrevista diagnóstica que se completa de manera sencilla en un breve periodo de tiempo, de aproximadamente 15 minutos. Proporciona información acerca de una gran cantidad de trastornos, teniendo en cuenta los criterios del DSM-III-R, del DSM-IV o de la CIE10 dependiendo de la versión utilizada, además de un módulo que evalúa el riesgo de suicidio (Sheehan et al., 1998). Su coeficiente de Kappa es de entre 0.88 y 1, lo que indica una muy alta fiabilidad interjueces (Lecrubier et al., 1997).

### ***National Adult Reading Test (NART)***

El NART es una prueba de evaluación de la inteligencia verbal. Consiste en presentar de manera escrita 50 palabras poco frecuentes e irregulares y pedir a los participantes que lean cada una de ellas en voz alta para ver si son capaces o no de hacerlo correctamente (Nelson, 1982).

### **Análisis estadísticos**

Para el análisis descriptivo se utilizó la media ( $\pm$  desviación típica) en las variables cuantitativas y la frecuencia (%) en las cualitativas. Además, se calculó la prueba T de Student o la chi cuadrado para las variables cuantitativas o cualitativas, respectivamente. Después, para analizar si existen diferencias en la toma de decisiones de riesgo entre ambos grupos se ha realizado un ANOVA de medidas repetidas. Se comprobó el supuesto de esfericidad y en caso de no cumplirlo se aplicó el ajuste de grados de libertad Greenhouse-Geisser. Además, se realizaron comparaciones post-hoc por pares con el ajuste de Bonferroni. Por último, para observar si existe relación entre la gravedad del trastorno y la toma de decisiones se ha hecho una matriz de correlación de Pearson para las variables cuantitativas y una regresión logística binomial para las cualitativas.

## Resultados

### Descripción de la Muestra

Los pacientes con trastorno por atracón son mayores que los participantes del grupo control ( $T_{107} = 2.03$ ,  $p = .045$ ). En cambio, presentan un menor número de años de estudio ( $X^2_9 = 24.5$ ,  $p = .004$ ). Respecto al estado civil, todos los participantes con TA están casados y se diferencian significativamente del grupo control ( $X^2_7 = 42.2$ ,  $p < .001$ ) y también más de ellos tienen hijos ( $X^2_1 = 6.53$ ,  $p = .011$ ). En cuanto al consumo de tabaco, menos participantes del grupo control fuman ( $X^2_2 = 8.33$ ,  $p = .016$ ) y, además, este grupo también refiere un menor consumo ( $X^2_{10} = 50.3$ ,  $p < .001$ ). Por último, no hay diferencias significativas en la altura de los sujetos, pero sí en el peso ( $T_{93} = 10.51$ ,  $p < .001$ ) y el IMC ( $T_{94} = 11.05$ ,  $p < .001$ ), siendo mayor en los pacientes con TA.

Dentro de los pacientes con TA observamos varias cifras relevantes. El 34.15% presenta actualmente un episodio de depresión mayor, el 60.98% lo ha tenido en algún momento y un 24.39% ha cometido en algún momento un intento autolítico. Dentro de las conductas compensatorias, la más común entre los participantes con TA es el ejercicio físico excesivo, tanto actualmente (48.78%) como en el pasado (73.17%).

Respecto al cuestionario EDI los sujetos con TA han obtenido puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas y, por tanto, también en la puntuación total ( $T_{93} = 13.51$ ,  $p < .001$ ). De la misma forma, los dos grupos obtuvieron puntuaciones distintas en el NART, siendo más altas las del grupo control ( $T_{80} = -4.39$ ,  $p < .001$ ).

Toda la información descrita queda recogida en la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Datos sociodemográficos*

	Trastorno por atracón	Grupo control	Prueba T/ chi cuadrado (p)
Edad	31.9±11.9	27.6±9.90	2.03 (0.045)
Años de estudio	13.4±2.03	15.3±2.17	24.5 (0.004)
En pareja, n (%)	41 (100%)	19 (27.94%)	42.2 (< .001)
Hijos, n (%)	15 (36.59%)	7 (10.29%)	6.53 (0.011)

Tabaco, n (%)	15 (36.59%)	11 (16.18%)	8.33 (0.016)
Número de cigarrillos	13.1±8.22	1.11±3.26	50.3 (< .001)
Altura	164±7.60	166±6.03	-1.64 (0.105)
Peso	91.8±21.8	58.9±6.92	10.51 (< .001)
IMC	33.8±7.88	21.3±2.38	11.05 (< .001)
Impulso por la delgadez	16.4±6.65	1.85±3.28	14.08 (< .001)
Bulimia	15.4±8.09	1.18±2.80	12.10 (< .001)
Insatisfacción corporal	23.1±6.22	4.87±4.88	15.74 (< .001)
Ineficacia	16.3±9.00	1.00±2.11	12.15 (< .001)
Perfeccionismo	11.9±7.23	3.80±3.88	7.06 (< .001)
Desconfianza interpersonal	6.72±4.39	2.52±2.37	5.94 (< .001)
Conciencia interoceptiva	18.6±10.6	1.30±2.05	11.60 (< .001)
Miedo a la madurez	7.41±5.82	1.60±2.81	6.44 (< .001)
Ascetismo	11.6±5.69	0.473±1.07	14.16 (< .001)
Regulación del impulso	12.7±9.75	2.41±2.38	7.45 (< .001)
Inseguridad social	8.90±4.59	3.96±1.91	7.15 (< .001)
Total EDI	146±64.1	24.6±15.8	13.51 (< .001)

NART	20.6±4.99	24.8±3.69	-4.39 (< .001)
Edm_act, n (%)	14 (34.15%)	0 (0%)	22.6 (< .001)
Edm_pas, n (%)	25 (60.98%)	11 (16.18%)	17.8 (< .001)
Intento de suicidio, n (%)	10 (24.39%)	0 (0%)	15.0 (< .001)
Deporte, n (%)	20 (48.78%)	0 (0%)	
Deporte_pas, n (%)	30 (73.17%)	0 (0%)	

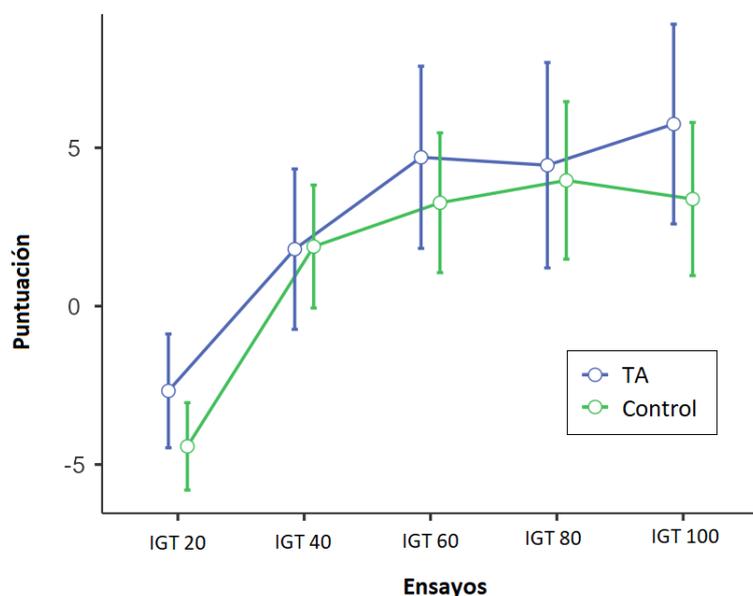
### Comparación entre grupos de la toma de decisiones

Realizando un ANOVA de medidas repetidas observamos que la curva de aprendizaje en el IGT es significativa ( $F_4 = 22.381$ ,  $p < .001$ ) como podemos observar en la figura 1. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas si tenemos en cuenta cada uno de los ensayos por separado ( $F_4 = .473$ ,  $p = .756$ ) y el tener o no TA no predice la toma de decisiones ( $F_1 = .973$ ,  $p = .326$ ).

En la comparación post hoc se ha encontrado que la condición de levantar 20 cartas difiere significativamente del resto, pero el resto no difieren entre sí.

**Figura 1.**

*Curva de Aprendizaje IGT.*



### **Toma de decisiones y gravedad del TA**

Por otro lado, como podemos observar en la tabla 2, ninguna de las escalas del EDI correlacionan significativamente con la puntuación total de la prueba IGT a excepción de “miedo a la madurez”, que presenta una correlación negativa con la tarea ( $r = -.386$ ,  $p = .017$ ).

No han correlacionado de manera significativa con el IGT el IMC ( $r = -.163$ ,  $p = .314$ ) o la edad del primer diagnóstico ( $R = .284$ ,  $p = .224$ ).

Realizando una regresión logística binomial, se ha encontrado que peores puntuaciones en el IGT suponen una mayor probabilidad de hacer uso de laxantes ( $b = -2.94$ ,  $p < .001$ , Odds = .05, IC [.01-.29]), diuréticos ( $b = -3.60$ ,  $p < .001$ , Odds = .03, IC [.003-.22]), presentar vómitos ( $b = -3.26$ ,  $p = .002$ , Odds = .04, IC [.01-.29]) y potomanía ( $b = -2.06$ ,  $p < .001$ , Odds = .13, IC [.04-.37]), pero no predice el hacer o no deporte excesivo como conducta compensatoria ( $b = .12$ ,  $p = .726$ , Odds = 1.13, IC [.56-2.27]).

También se ha visto que la puntuación en el IGT no predice un episodio de depresión mayor, ni pasado ( $b = .52$ ,  $p = .156$ , Odds = 1.68, IC [.82-3.45]) ni actual ( $b = -.71$ ,  $p = .065$ , Odds = .49, IC [.23-1.04]), aunque a mejores resultados en la prueba suponen una menor probabilidad de un intento de suicidio ( $b = -1.24$ ,  $p = .004$ , Odds = .29, IC [.12-.68]).

**Tabla 2.***Correlación IGT total y variables EDI.*

		IGT	I.D.	Bul.	I.C.	Inef.	Perf.	D.I.	C.I.	M.M.	Asc.	R.I.	I.S.
IGT	R	—											
I.D.	R	-.010	—										
Bul.	R	-.007	.676***	—									
I.C.	R	-.028	.418**	.587***	—								
Inef.	R	-.152	.557***	.737***	.628***	—							
Perf.	R	-.100	.723***	.662***	.422**	.525***	—						
D.I.	R	-.193	.464**	.468**	.278	.530***	.331*	—					
C.I.	R	-.148	.628***	.746***	.524***	.745***	.677***	.648***	—				
M.M.	R	-.386*	.300	.533***	.510***	.716***	.487**	.331*	.639***	—			
Asc.	R	.060	.702***	.653***	.497**	.529***	.835***	.404*	.658***	.427**	—		
R.I.	R	-.063	.654***	.736***	.473**	.662***	.746***	.552***	.809***	.535***	.705***	—	
I.S.	R	-.111	.292	.574***	.397*	.787***	.427**	.522***	.671***	.638***	.363*	.593***	—

IGT= IGT total, I.D. = Impulso por la delgadez, Bul. = Bulimia, I.C. = Insatisfacción corporal, Inef.= Ineficacia, Perf. = Perfeccionismo, D.I.= Desconfianza interpersonal, C.I. = Conciencia interoceptiva, M.M. = Miedo a la madurez, Asc. = Ascetismo, R.I.= Regulación del impulso, I.S.= Inseguridad social.

## Discusión

Los resultados de este estudio nos muestran la existencia de una curva de aprendizaje significativa en la tarea IGT, pero no se han visto diferencias en esta misma prueba entre quienes tienen TA y el grupo control. También se ha encontrado que solamente 1 de las variables de EDI-2 correlaciona con la IGT y se trata de “miedo a la madurez” con la que presenta una correlación inversa. Además, el IMC y la edad del primer diagnóstico no se correlacionan con la tarea. Sin embargo, sí se ha encontrado una mayor probabilidad de haber tenido algún intento de suicidio y de hacer uso de laxantes, diuréticos, de vomitar y de potomanía como conductas compensatorias ante puntuaciones más bajas en la IGT, pero no predice episodios de depresión mayor pasados ni actuales y tampoco deporte excesivo como conducta restrictiva.

Muchos autores han hallado en pacientes de TCA puntuaciones significativamente bajas en la toma de decisiones (Aloi et al., 2015; Ciberti et al., 2020; Segura-Serralta et al., 2019). Centrándonos en el TA, algunas investigaciones han visto bajas puntuaciones en comparación con el grupo control en la tarea de toma de decisiones IGT (Aloi et al., 2015; Córdoba et al., 2017; Danner et al., 2012). Sin embargo, otros estudios no han encontrado que la presencia de TA influya en la toma de decisiones (Davis et al., 2010; Kittel et al., 2017), al igual que se ha encontrado en este trabajo. Estas diferencias pueden deberse a las distintas características de la muestra en los estudios. En los estudios de Aloi et al. (2015) y de Córdoba et al. (2017) el nivel de estudios del grupo de pacientes con TA era menor al del grupo control lo que ha podido influir en los resultados en toma de decisiones, aunque esto es algo que también sucede en el presente estudio. Por otra parte, algunos de los estudios tenían muestras pequeñas lo que hace menos fiables sus resultados. Este es el caso de los estudios de Córdoba et al. (2017), con solo 18 participantes con TA; de Danner et al. (2012), con 20 pacientes con TA; y Kittel et al. (2017), con 22 sujetos con el trastorno. Por último, cabe destacar que en todos los estudios excepto en el de Aloi et al. (2015), el grupo experimental eran pacientes de TA que también presentaban obesidad, por lo que el IMC del grupo experimental difería del presente estudio.

Ningún estudio anterior ha comparado las escalas del EDI-2 con la toma de decisiones. En este trabajo se ha encontrado que una de ellas, el miedo a la madurez, está asociada inversamente a la toma de decisiones. Aunque no hay estudios que comparen la toma de decisiones con el miedo a la madurez, se ha encontrado que el miedo a la madurez está relacionado con el abandono escolar (Fassino et al., 2009) y se ha observado que el nivel

educativo está relacionado con peores resultados en la tarea de toma de decisiones IGT (Cassimiro et al., 2017).

Garrido y Subirá (2013) han visto que las conductas restrictivas estaban más relacionadas que las compensatorias con una peor toma de decisiones. Esto es contrario a los resultados de este estudio, que indican que son las conductas compensatorias las que afectan a la toma de decisiones, siendo no significativa la relación con el deporte excesivo (conducta restrictiva). Esto puede deberse a que en los anteriores estudios se ha estudiado este tipo de conductas en pacientes con AN y BN, en cambio, en este trabajo los participantes presentan TA. Esta diferencia en los trastornos investigados es lo que podría explicar la diferencia en los resultados.

Los hallazgos de este estudio en cuanto a la relación entre toma de decisiones y depresión e intentos autolíticos coinciden con los encontrados en la literatura previa. Tal y como se ha observado en el meta-análisis realizado por Sastre-Buades et al. (2021), la presencia de algún intento de suicidio coincide con peores puntuaciones en tareas de toma de decisiones, en cambio, ni los episodios de depresión (Oldershaw et al., 2009) ni los síntomas depresivos (Garrido y Subirá, 2013) están relacionados con la toma de decisiones.

Entre las posibles limitaciones para este estudio se encuentra el no haber tenido en cuenta el IMC de la muestra por falta de datos del grupo control ya que se ha visto que la obesidad está inversamente relacionada con la toma de decisiones (Danner et al., 2012; Segura-Serralta et al., 2019). Otra de las limitaciones podría ser que la muestra solo cuenta con dos hombres, lo que podría haber influido en los resultados. Además, todos los pacientes con TA son del mismo hospital, pudiendo no ser representativo de la población general con el trastorno. Un último factor a tener en cuenta sería el diferente nivel educativo de los participantes.

Como recomendaciones para futuras investigaciones se propone una comparación de AN, BN y TA en toma de decisiones para comprobar si en los tres tipos de TCA se ve afectada la toma de decisiones y si en alguno es significativamente más baja que en los demás. En referencia al sexo, autores como Van Den Bos y colaboradores (2013) han encontrado diferencias en la toma de decisiones entre hombres y mujeres. Se propone realizar una comparación entre sexos en pacientes con TA para observar si existen diferencias en la toma de decisiones. También podría estudiarse específicamente acerca de la toma de decisiones alimentarias en personas con TA. Por último, se podría investigar acerca de la distinción entre conductas restrictivas y purgativas en toma de decisiones ya que los

resultados obtenidos en esta investigación no han sido los esperados y es posible que sea necesario estudiar más al respecto.

En conclusión, este estudio es relevante para la práctica clínica porque se ha visto cómo algunos aspectos relacionados con la gravedad del TA pueden afectar a la toma de decisiones de riesgo y esto puede estar relacionado con la toma de decisiones más impulsiva también respecto a la alimentación en estos pacientes. Entender cómo los pacientes de TA con mayor gravedad pueden tomar elecciones alimentarias más impulsivas puede ayudar a la hora de diseñar intervenciones más completas.

## Referencias

- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M. A., De Fazio, P., y Segura-García, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between binge eating disorder, anorexia nervosa and healthy controls. *BMC psychiatry*, *15*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0395-z>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baldó V. D., y Bonfanti N. (2019). Evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en jugadores semiprofesionales de deportes de equipo. *Nutr Hosp*, *36*, 1171-1178. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.02630>
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., y Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, *50*, 7–15. [https://doi:10.1016/0010-0277\(94\)90018-](https://doi:10.1016/0010-0277(94)90018-)
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *165*, pp. 409–420. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
- Bruce, B., y Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, *96*, 58–61. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(96\)00016-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00016-8)
- Cassimiro, L., Fuentes, D., Nitrini, R., y Yassuda, M. S. (2017). Decision-making in Cognitively Unimpaired Illiterate and Low-educated Older Women: Results on the Iowa Gambling Task. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *32*, 71–80. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw080>
- Ciberti, A., Cavalletti, M., Palagini, L., Mariani, M. G., Dell'Osso, L., Mauri, M., Maglio, A., Mucci, F., Marazziti, D., y Miniati, M. (2020). Decision-Making, Impulsiveness and Temperamental Traits in Eating Disorders. *Clinical neuropsychiatry*, *17*, 199–208. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200401>
- Claes, L., Vandereycken, W., y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eating disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, *32*, 707-714. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00071-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00071-X)
- Córdova, M. E., Schiavon, C. C., Busnello, F. M., y Reppold, C. T. (2017). Nutritional and neuropsychological profile of the executive functions on binge eating disorder in

- obese adults. Perfil nutricional y neuropsicológico de las funciones ejecutivas en el trastorno por atracón en adultos obesos. *Nutrición hospitalaria*, 34, 1448–1454. <https://doi.org/10.20960/nh.1151>
- Danner, U. N., Ouwehand, C., van Haastert, N. L., Hornsveld, H., y de Ridder, D. T. (2012). Decision-making impairments in women with binge eating disorder in comparison with obese and normal weight women. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20, e56–e62. <https://doi.org/10.1002/erv.1098>
- Davis, C., Patte, K., Curtis, C., y Reid, C. (2010). Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity. *Appetite*, 54, 208–213. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.11.002>
- Evenden J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146, 348–361. <https://doi.org/10.1007/pl00005481>
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., y Rovera, G. G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *The International journal of eating disorders*, 32, 412–425. <https://doi.org/10.1002/eat.10099>
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., y Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>
- Garner D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Garrido, I., y Subirá, S. (2013). Decision-making and impulsivity in eating disorder patients. *Psychiatry research*, 207, 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.004>
- Grilo, C. M., White, M. A., y Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 42, 228–234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>
- Grilo, C. M., White, M. A., Barnes, R. D., y Masheb, R. M. (2013). Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*, 54, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.012>
- Guillaume, S., Gorwood, P., Jollant, F., Van den Eynde, F., Courtet, P., y Richard-Devantoy, S. (2015). Impaired decision-making in symptomatic anorexia and bulimia nervosa patients: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 45, 3377–3391. <https://doi.org/10.1017/S003329171500152X>

- Hilbert A. (2019). Binge-Eating Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 42, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
- Jones-Corneille, L. R., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Faulconbridge, L. F., Fabricatore, A. N., Stack, R. M., Cottrell, F. A., Pulcini, M. E., Webb, V. L., y Williams, N. N. (2012). Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obesity surgery*, 22, 389–397. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0322-9>
- Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29, 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C., y Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73, pp. 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kittel, R., Schmidt, R., y Hilbert, A. (2017). Executive functions in adolescents with binge-eating disorder and obesity. *The International journal of eating disorders*, 50, 933–941. <https://doi.org/10.1002/eat.22714>
- Kollei, I., Rustemeier, M., Schroeder, S., Jongen, S., Herpertz, S., y Loeber, S. (2018). Cognitive control functions in individuals with obesity with and without binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 51, 233–240. <https://doi.org/10.1002/eat.22824>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J. y Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, 12, 224–231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., y Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9. <https://doi.org/10.3390/nu9121294>
- MacKillop, J., Weafer, J., C Gray, J., Oshri, A., Palmer, A., y de Wit, H. (2016). The latent structure of impulsivity: impulsive choice, impulsive action, and impulsive

personality traits. *Psychopharmacology*, 233, 3361–3370.

<https://doi.org/10.1007/s00213-016-4372-0>

Nelson, H. E. (1982). *The National Adult Reading Test (NART)*. NFER-Nelson.

Pearson, C. M., Zapolski, T. C., y Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *The International journal of eating disorders*, 48, 230–237. <https://doi.org/10.1002/eat.22277>

Oldershaw, A., Grima, E., Jollant, F., Richards, C., Simic, M., Taylor, L. E. A., y Schmidt, U. (2009). Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychological medicine*, 39, 95-104.

<https://doi.org/10.1017/S0033291708003693>

Pearson, C. M., Zapolski, T. C., y Smith, G. T. (2015). A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset. *The International journal of eating disorders*, 48, 230–237. <https://doi.org/10.1002/eat.22277>

Podar, I., Jaanisk, M., Allik, J., y Harro, J. (2007). Psychological traits and platelet monoamine oxidase activity in eating disorder patients: their relationship and stability. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 31, 248–253.

<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.06.025>

Sastre-Buades, A., Alacreu-Crespo, A., Courtet, P., Baca-Garcia, E., y Barrigon, M. L. (2021). Decision-making in suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 131, 642-662.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.005>

Schulz, S., y Laessle, R. G. (2010). Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and weight disorders : EWD*, 15, e287–e293. <https://doi.org/10.1007/BF03325311>

Segura-Serralta, M., Perpiñá, C., Císcar, S., Blasco, L., Espert, R., Romero-Escobar, C., Domínguez, J. R., y Oltra-Cucarella, J. (2019). Funciones ejecutivas y regulación emocional en obesidad y trastornos alimentarios. Executive functions and emotion regulation in obesity and eating disorders. *Nutricion hospitalaria*, 36, 167–172.

<https://doi.org/10.20960/nh.2016>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*, 59, 22–57. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80239-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80239-9)

- Smith, D. G., Xiao, L., y Bechara, A. (2012). Decision making in children and adolescents: impaired Iowa Gambling Task performance in early adolescence. *Developmental psychology*, 48, 1180–1187. <https://doi.org/10.1037/a0026342>
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, 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. *The International journal of eating disorders*, 13, 137–153.  
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199303\)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199303)13:2<137::AID-EAT2260130202>3.0.CO;2-%23)
- Svaldi, J., Brand, M., y Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite*, 54, 84–92.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.09.010>
- Van Den Bos, R., Homberg, J., y de Visser, L. (2013). A critical review of sex differences in decision-making tasks: Focus on the Iowa Gambling Task. *Behavioural brain research*, 238, 95-108. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2012.10.002>
- Wu, M., Giel, K. E., Skunde, M., Schag, K., Rudofsky, G., de Zwaan, M., Zipfel, S., Herzog, W., y Friederich, H. C. (2013). Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 46, 721–728. <https://doi.org/10.1002/eat.22143>