



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. BERNARDO SEPULVEDA G”
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR
ATRACÓN EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
CIRUGÍA BARIÁTRICA”**

R-2012-3601-29

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

DRA. GRACIELA JIMÉNEZ TREJO

Asesores:

M. en C. Felipe Martín Vázquez Estupiñán
D. en C. Dra. Guadalupe Aguilar Madrid
M. en C. Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez.



México, D. F.

Febrero 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
R-2012-3601-29

TÍTULO:

“PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES
POSTOPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA”

TESIS QUE PRESENTA
DRA. GRACIELA JIMÉNEZ TREJO
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESOR: DR. FELIPE MARTÍN VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
ASESORES METODOLÓGICOS: DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
DR. CUAUHTÉMOC ARTURO JUÁREZ PÉREZ.

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2013



DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI, D.F. SUR

FECHA 04/05/2012

MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
CIRUGÍA BARIÁTRICA**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3601-29

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

Grandes momentos hemos pasado juntos desde que iniciamos esta aventura, en las buenas y en las malas me han apoyado, han creído en mí y me han alentado a seguir con mis sueños, gracias a ustedes papás por estar siempre allí.

Riendo, llorando, platicando, abrazándonos, peleándonos, pero siempre juntas estaremos, a pesar de la distancia y del tiempo siempre nos acompañamos, gracias Aline y Jackie por no dejarme caer y enseñarme a levantarme siempre con la frente en alto.

Amaneceres y anoheceres hemos visto juntos durante esta etapa, gracias a mi familia en general por apoyarme, gracias a ti mi papá Lorenzo por cuidarme desde el cielo y que se que desde allá me apoyas y me mandas tu bendición.

Caminos y senderos se forjan en la vida, pero algunos de los más difíciles son estos, lo que nos hacen crecer como personas y como profesionistas, pero sobre todo como amigos, gracias a por haber coincidido conmigo en estos momentos que decidimos iniciar la locura de ser psiquiatras; a ti Martha por ser mi amiga incondicional quien siempre estará a mi lado, Jorge por hacerme reír en los momentos malos y buenos, Claudia por enseñarme que hay que luchar por lo que uno desea y Lore por ser un ejemplo de tenacidad y dedicación.

Ispiración es la palabra que más los describe, ya que durante tres años fueron mis maestros, mis guías, pero sobre todo mis compañeros, gracias Joaquín, Rocío, Andrés, Pilar y Rafael.

Análisis, correcciones, anotaciones, gráficas, escritos y demás pasos, que uno debe de hacer para ver el logro de una especialidad plasmada en una tesis, gracias Dra. Aguilar y Dr. Juárez por incursionar junto a mí con este nuestro proyecto.

Sabiduría es lo que los caracteriza, los hace diferentes y únicos, gracias a ustedes mis maestros, por enseñarme como ser una buena psiquiatra, a conocerme como persona y saber que no existen los límites para crecer y tener éxito, gracias Dr. Vázquez, Dr. Anaya, Dr. Jaramillo, Dr. Escobedo, Dra. Morales, Dra. Corlay, Dr. Campos, Dr. Andón, Dra. Medrano.

Ahora que nos conocemos más, se que son parte esencial de mi formación, gracias por enfrentarse junto a mí a los nuevos retos, gracias Aura, Bere, Diana, Marcela, Onelia y Tomás, gracias por confiar en mí.

Más que pacientes son personas llenas de un conocimiento oculto, que con ansia esperan que uno como médico lo descubra, gracias a ustedes que pusieron no solo su confianza en mí sino en este estudio; este trabajo es suyo y sin ustedes no hubiera sido posible.

Otra aventura emprenderé, y no se cual será pero de lo que si estoy segura es, que llevo buenas bases que he formado a lo largo de la especialidad y que se deben a la gente maravillosa que ha estado a mi lado y que solo podemos encontrar en CMN Siglo XXI y en el Hospital de San Fernando.

Recordando un bella canción y que resume en pocas palabras mi agradecimiento por habernos encontrado, dice: "... tantos mundos, tanto espacio y coincidir..."

Dedicatoria:

Este trabajo te lo dedico a ti Héctor, quien siempre ha creído en mi, quien me ha acompañado durante estos 4 años junto a Campanita, y que no sabemos por cuantos más, pero se que van a ser muchos. Quien me ama y no me juzga, quien siempre me ha brindado su corazón, su tiempo, sus enseñanzas y demás cosas maravillosas.

Al verte a los ojos no solo veo el gran brillo que tienen, sino el gran ser humano que eres, tanto en lo personal como en lo profesional.

Siempre a tu lado... siempre juntos... seguiremos forjando nuestro futuro...

ÍNDICE

RESUMEN	8
HOJA DE DATOS	10
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	13
JUSTIFICACIÓN	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
HIPÓTESIS	30
OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
MATERIAL Y MÉTODOS	
TIPO DE ESTUDIO	31
POBLACIÓN DE ESTUDIO. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	31
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	32
LOGÍSTICA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	32
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	33
ANÁLISIS DE DATOS	34
IMPLICACIONES ÉTICAS	34
ORGANIZACIÓN	
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO	35
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
RESULTADOS	37
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	59

Resumen:

Introducción: En la actualidad se ha observado que la obesidad es un grave problema de salud pública, debido a que el número de personas que poseen sobrepeso y obesidad en sus diferentes grados, han llevado a que México sea el segundo país con una prevalencia 70% de este trastorno; lo que ha conllevado a realizar diversas estrategias tanto médicas, sociales como gubernamentales para combatir dicha enfermedad.

Así mismo es de relevancia comentar que los trastornos psiquiátricos, poseen una prevalencia alta en nuestro país (28.6%), llegando a ocupar los primeros lugares de enfermedades psiquiátricas los trastornos ansiosos y depresivos; sin embargo el trastorno psiquiátrico que se ha observado con mayor frecuencia en los pacientes con obesidad, es el trastorno por atracón. Dicho trastorno se caracteriza por la ingesta desproporcionada de alimentos, en un corto tiempo, sensación de pérdida de control y esto a su vez se encuentra relacionado con alteraciones en los estados afectivos.

La cirugía bariátrica es un método que se utiliza para disminución de peso en pacientes con obesidad mórbida, que poseen comorbilidades médicas y que ya han recibido en numerosas ocasiones tratamientos médicos con el fin de disminuir de peso, pero que han sido fallidos.

Objetivos: Conocer la prevalencia del trastorno por atracón en los pacientes obesos que acuden a la clínica de cirugía bariátrica, antes y después del procedimiento quirúrgico, así mismo evaluar los trastornos de ansiedad y depresión como comorbilidades en el trastorno por atracón.

Material y Métodos: Se realizó un estudio trasversal de medidas repetidas pre y post-cirugía bariátrica en paciente con obesidad mórbida, que acudieron a la clínica de obesidad de CMN Siglo XXI, durante el periodo del estudio comprendido de Octubre 01 de 2011 a Junio 30 de 2012. Como técnica de recolección de la información se empleo un cuestionario sociodemográfico, la escala para detección del trastorno por atracón Cuestionario de los Tres Factores Alimentarios (TFEQ-The Three Factor Eating Questionnaire), inventario de ansiedad y depresión de Beck. El análisis de la información se realizó en el paquete estadístico Stata 11.1. Se realizó diferencias de medias pre y post cirugía para todas las escalas, y comparaciones de los resultados con los promedios previos y posteriores.

Resultados: La muestra estudiada fue de 63 pacientes, teniendo un porcentaje mayor de participación de mujeres 68.25% (42), con una media de edad de 47.85 (DE 10.20), la prevalencia obtenida mediante el TFEQ de la presencia del trastorno por atracón previo a la cirugía bariátrica fue de 38.10%(24) y posterior a la cirugía fue del 6.35% (4), con una diferencia estadísticamente significativa tanto en el puntaje global de dicha escala como en sus subescalas (restricción alimentaria, desinhibición y susceptibilidad al hambre). Con respecto a la relación entre el trastorno por atracón y la presencia de trastornos depresivos o ansiosos, no se

llegó a comprobar una relación significativa, tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa por género e IMC (índice de masa corporal) con el trastorno por atracón previo y posterior a la cirugía bariátrica.

Discusión: el presente estudio es único realizado en el IMSS, debido a que no existen antecedentes de detección del trastorno por atracón en pacientes obesos, que se encuentran en un protocolo de cirugía bariátrica, así mismo se realizan comparaciones pre y post cirugía, y su relación con trastornos ansiosos y depresivos como las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes, no solo en el trastorno por atracón sino en pacientes con obesidad. En nuestro estudio observamos que la prevalencia del trastorno por atracón previo a la cirugía bariátrica fue del 38%, y posterior dicha cirugía encontramos una prevalencia del 6.34%, por lo que se demostró una disminución importante del trastorno por atracón; así mismo es de gran relevancia mencionar, que los pacientes que van a ser sometidos a la cirugía bariátrica lleven un adecuado enfoque multidisciplinario por parte de los servicios de cirugía, psiquiatría, endocrinología, medicina interna y dietología, debido a la presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas, como son el caso de ansiedad y depresión.

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una cirugía efectiva no solo para la disminución de peso en pacientes con obesidad mórbida, sino también para el control del trastorno por atracón, sin embargo es muy aventurado llegar a decir que lo remite en su totalidad, por lo que se deben hacer protocolos de seguimiento de los pacientes postoperados de cirugía bariátrica por parte de psiquiatría. El tratamiento quirúrgico y médico de la obesidad es multidisciplinario, enfocado principalmente en preservar la vida del paciente pero también, para mejorar su calidad de vida, por lo tanto con lo que nos corresponde es realizar evaluaciones psiquiátricas objetivas previas y posteriores al evento quirúrgico, esto con el fin de detectar trastorno ansiosos, depresivos y consumos de sustancias, entre otras patologías que puedan llegar a interferir con el éxito en la disminución de peso y con la calidad de vida de nuestros pacientes.

1. Datos del alumno

Jiménez

Trejo

Graciela

55 40 03 89

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Médico Cirujano

509210092

2. Datos de los asesores

Vázquez

Estupiñán

Felipe

Aguilar

Madrid

Guadalupe

Juárez

Pérez

Cuahtémoc

3. Datos de la tesis

Prevalencia del trastorno por atracón en pacientes postoperados de cirugía
bariátrica

p. 69

2013

Introducción:

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria (DSMIV-TR), sin embargo, existe literatura diversa, la cual define los trastornos de la conducta alimentaria como desviaciones en los hábitos alimentarios y que poseen características muy específicas, se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios diagnósticos, en relación a las conductas que presentan los sujetos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional y/o social (Moral 2002). La definición anterior engloba tres trastornos alimentarios, la Anorexia Nervosa (compulsivo purgativa y restrictiva), Bulimia Nervosa (purgativa y no purgativa) y los trastornos alimentarios no especificado (TANE's), estos últimos se dividen en seis, siendo el sexto el trastorno por atracón.

Se estima que existe en Estados Unidos entre 5 y 10 millones de mujeres, y 5 millones de hombres que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria (Patrick 2002), así mismo se han realizado estudios en población de riesgo (adolescentes y adultos jóvenes) en donde se ha encontrado que entre un 9 y 12.59% de mujeres, y 23% de los hombres manifestaron haber realizado intentos por perder peso; entre un 7 y 12% en su mayoría mujeres, presentaban restricciones alimentarias crónicas; el 30% de las mujeres y el 13% de los hombres manifestaron ingesta compulsiva de alimentos (Neumark-Sztainer et al 1998).

La epidemiología del Trastorno por Atracón, se esta estudiando recientemente, debido a que es un trastorno psiquiátrico que se ha descrito en esta última década, y muchos de sus estudios se han realizado en poblaciones elegidas por conveniencia (Stringel-Moore and Franko 2005), su prevalencia posee un rango amplio debido a que depende de las herramientas con las cuales se evaluó el trastorno por atracón (entrevistas, cuestionarios, etc.) y en la literatura se encuentran escasos estudios epidemiológicos (Williamson, Martin and Stewart 2004). Sin embargo The National Comorbidity Survey Replication refiere que existe una prevalencia durante la vida de 3.5% en mujeres y de 2.0% en hombres, y en poblaciones especiales, que se encuentran en tratamientos para disminuir de peso, la prevalencia puede llegar a ser del 20 al 30%, dato que coincide con los reportados por De Zwaan (2001) donde refiere una prevalencia que va del 2 al 5%, y en personas que se encuentran en control de peso hasta un 30%; de igual manera que otros trastornos alimenticios (Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa) se comenta que en cuanto a la prevalencia de género, el trastorno por atracón se presenta en menor porcentaje en los hombre que en mujeres (1.5:1), y la edad de presentación oscila entre los 30 y 50 años (Grilo 2002). En México no se cuenta con estadísticas

acerca de la prevalencia del trastorno por atracón, ni en población general, ni en una población clínica específica.

En los sujetos que presentan trastorno por atracón padecen un fuerte rechazo y vergüenza por su físico, preocupación por el peso y la silueta, idealización de la delgadez, una larga historia de fracaso en las dietas y una dinámica muy alterada de la alimentación, llena de sentimientos de angustia, vergüenza y culpa; también cursan con frecuencia con antecedentes de depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos del control de impulsos (Moral 2002).

El trastorno por atracón se suele asociar con obesidad, y no es nada fuera de lo común que estos individuos acudan frecuentemente a clínicas o tratamientos para disminuir de peso. El trastorno por atracón se llega a presentar en un tercio de las personas que acuden a las clínicas con el fin de disminuir de peso (Williamson, Martin and Stewart, 2004), o que se encuentra bajo tratamientos de obesidad (Grilo et al 2005); así mismo, existe evidencia de que es más predominantemente en el sexo femenino. Los estudios realizados con respecto a la prevalencia del trastorno por atracón, llegan a la conclusión de que no existen diferencias entre las étnicas (caucásica, hispánica o americano-africano) (Napolitano 2011).

Marco Teórico:

Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades difíciles de tratar y los pacientes, consumen una gran cantidad de recursos médicos y financieros de las instituciones de salud (Ruíz-Lázaro 2010), entre los trastornos de la conducta alimentaria que se han estudiado con mayor frecuencia, se encuentran la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, ambos padecimientos han sido por décadas objeto de investigaciones debido a que son patologías con inicio en la adolescencia o jóvenes adultos, constituyéndose en patologías crónicas, altamente incapacitantes que llegan a tener una gran comorbilidad tanto médica como psiquiátrica (Herzong D and Eddy K 2008). Sin embargo se ha identificado un tercer trastorno alimentario que se ha venido estudiando en las últimas décadas que se ha denominado el trastorno por atracón. Los trastornos alimentarios poseen similitudes entre ellos como son la preocupación por la comida, la figura y el peso; y se llegan a diferenciar en cuanto a su presentación clínica.

El trastorno por atracón se encuentra actualmente como un diagnóstico provisional en el DSM IV-TR. Sin embargo, es un trastorno del cual se tiene conocimiento desde los tiempos de Hipócrates, el cual lo llamó primeramente bulimia (ox hunger), que se refería a los pacientes enfermos por hambre. Pero quien lo describe como un trastorno alimenticio es Stunkard en 1959, quien define a los atracones como parte del diagnóstico de Bulimia Nervosa y como una identidad independiente. Sin embargo es hasta 1992 cuando Spitzer et al, llega a delinear con exactitud el trastorno por atracón, como el tercer diagnóstico de los trastornos alimenticios. En 1994 la Asociación Americana de Psiquiatría, lo reconoce formalmente como un trastorno alimentario no especificado (TANE 6) (American Psychiatric Association 1994). El diagnóstico de trastorno por atracón aún no es reconocido en el DSM IV, pero actualmente es un diagnóstico que se ha ido aceptando en la práctica clínica. (Striengel-Moore et al 2007)

Los atracones pueden ser empleados como un síntoma tanto en la bulimia nervosa, como en el trastorno alimentario no especificado tipo 3 (TANE 3) y en el trastorno por atracón (TANE 6), llegándose a diferenciar dichos trastornos por la temporalidad y/o la presencia o no de conductas compensatorias, como es bien sabido en el trastorno por atracón no existen las conductas compensatorias que se presentan en la bulimia nervosa.

La APA a través del DSM-IV TR ha propuesto los criterios diagnósticos para el trastorno por atracón que se muestran a continuación:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
- 1) Ingesta, en un corto período de tiempo, de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de las personas podrían consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
 - 2) Sensación de pérdida del control sobre la ingesta de alimentos durante el episodio (p.ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).
- B. Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
- 1) Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3) Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 - 4) Comer a solas para esconder su voracidad.
 - 5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C. Profundo malestar al recordar el atracón.
- D. Los atracones tienen una frecuencia de al menos dos días a la semana durante seis meses.
- E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej. purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una Anorexia Nervosa o una Bulimia Nervosa.

Etiología del Trastorno por Atracón

La etiología de los trastornos alimenticios es multifactorial, debido a que existe de igual forma un patrón genético como ambiental y social (Stunkard 1997), por lo tanto se puede llegar a mencionar que el trastorno por atracón tiene un origen tanto en las teorías biológicas como psicológicas; sin embargo, no se ha dilucidado con exactitud su etiología. El desarrollo de trastornos alimenticios, tiene la combinación de los dos dominios: factores de riesgo social para desarrollar patología psiquiátrica (problemas parentales, riesgo de obesidad, antecedentes de patología psiquiátricas de los padres, abuso físico o sexual y trastornos psiquiátricos previos) y los factores de riesgo relacionados con la alimentación (críticas de la familia acerca de la figura, peso o forma de comer, obesidad infantil e historia de obesidad en los padres) (Stunkard 1997 and Fairburn 1998).

Existen diversas teorías sobre los factores asociados o desencadenantes de un atracón, Stice et al. (2001) y Waller (2002) comentan que la realización de dietas y las restricciones alimentarias, incrementan el riesgo de

presentar episodios de atracón en la población en general; en cambio Waters et al (2001) reporta que también los atracones son desencadenados por la presencia de alimentos ricos en azúcar y grasa (alimentos llamados como apetitosos o chatarra), pero O'Connor et al (2008), refiere que un factor asociado es el estrés psicológico lo cual puede llevar a que algunas personas incrementen la ingesta de alimentos, no posean horarios establecidos para su comidas y coman entre comidas.

Aunado a lo anterior algunos autores refieren otros factores desencadenantes de los atracones que pueden llegar a ser las emociones negativas, tales como la frustración, enojo, soledad, aburrimiento, depresión o ansiedad. También existen algunas otras situaciones no relacionadas con estados de ánimo específicos, pero si con situaciones de estrés como son reuniones sociales, la hora del día o la presencia de ciertos alimentos (de Zwaan 1992, Waller 2002), y que esto se encuentre mediado por estados emocionales. Striengel-Moore et al (2007), en su estudio acerca de los factores de riesgo para el trastorno por atracón, refiere que el peso corporal, la distorsión de la imagen corporal, las preocupaciones por los hábitos alimenticios, el autoconcepto, el estrés, la ansiedad y la coerción familiar, son factores de riesgo variable para desarrollar dicho trastorno alimentario. También es de importancia mencionar cuales son los reforzadores a corto plazo de los atracones, el primero tiene que ver con que el comer reduce la aversión al hambre y los niveles de inanición; posteriormente el descontrol natural que poseen los pacientes de comer en exceso y que esto a su vez bloquea la conciencia de los estados afectivos o cognitivos (el paciente se siente bien al comer, ya no siente ansiedad, soledad, etc.), y finalmente el individuo evade las situaciones sociales debido al bloqueo de los estados afectivos y cognitivos, con lo que se puede mencionar que el atracón es un "comportamiento de escape" (Waller 2002).

Neurobiología del Atracón:

Respecto a la información sobre la neurobiología del trastorno por atracón es escasa, pero se tiene evidencia por la tomografía con emisión de positrones (PET), la cual mostró que la dopamina se ve involucrada en ciertas áreas cerebrales que se encuentran relacionadas con la motivación para consumir alimentos en las personas que llegan a presentar atracón (Wang et al 2011).

Existen diversos circuitos relacionados con la ingesta de alimentos, en particular el circuito formado por el núcleo arcuato que posee proyecciones hacia otros núcleos hipotalámicos y extrahipotalámicos en regiones cerebrales, incluyendo el núcleo del tracto solitario, este circuito se ve involucrado en la ingesta de alimentos,

así mismo tiene implicaciones en la obesidad (Volkow 2011); además hay un circuito cerebral donde se encuentran más estructuras implicadas y están relacionadas con el efecto de recompensa de los alimentos, la regulación del hambre y la saciedad, dicho circuito se encuentra conformado por: las regiones límbicas como el núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo, y por regiones cerebrales corticales tales como la corteza orbitofrontal, giro cingular anterior y la ínsula; también en este último circuito se encuentra actuando el sistema de neurotransmisores compuesto por dopamina, serotonina, opioides y cannabinoides (Petrovich 2005). Así mismo el hipocampo juega un papel importante no solo en la memoria, sino también en los trastornos alimenticios, debido a que el hipocampo expresa niveles altos de insulina, grelina, glucocorticoides y receptores cannabinoides CB1, lo cual sugiere que esta región regula la ingesta de alimentos, mediante un proceso mnésico; lo anterior se ha podido observar en estudios de imagen, donde se ve la respuesta de los individuos al probar alimentos, tener hambre o presentar la abstinencia hacia los alimentos (craving) (Massa 2010).

La dopamina es el principal neurotransmisor que interviene en los circuitos cerebrales antes mencionados, por lo cual llega a modular la motivación y la recompensa acerca del consumo de los alimentos (principalmente los que poseen una alta concentración de glucosa o lípidos, palatables o chatarra), por lo tanto la deficiencia de dopamina en los pacientes obesos puede perpetuar la forma patológica de comer, como un medio de compensación de la disminución de la actividad de dichos circuitos; así mismo se ha encontrado evidencia reciente que el núcleo caudado se encuentra involucrado en la fisiopatología del trastorno por atracón (Wang et al 2011).

Comorbilidades psiquiátricas

Los pacientes con trastorno por atracón no solo cursan con la preocupación hacia los atracones, sino también pueden llegar a presentar otras alteraciones en la conducta alimentaria, como son preocupaciones constantes por la comida, mantenerse saludables, alteraciones de la imagen corporal, ideas sobrevaloradas del peso y la figura, así como obesidad y síntomas psiquiátricos (Allison et al 2005); entre los síntomas psiquiátricos que se han observado con mayor prevalencia son los síntomas depresivos y ansiosos asociados a la obesidad como al trastorno por atracón (Peterson 2012).

Diversos estudios que abordan el trastorno por atracón, han encontrado una gran comorbilidad de dicho trastorno con otras patologías psiquiátricas, tales como trastornos afectivos y de personalidad, pero hay

controversia con estudios que reportan que no han llegado a observar una relevancia estadísticamente significativa, entre los pacientes obesos con atracones y los pacientes obesos sin atracones (Riener 2006), debiéndose estas diferencias a la heterogeneidad de la muestra de los pacientes estudiados, el tamaño de la muestra o debido a que solo se estudian pacientes que fueron sometidos a cirugía (Stringel-Moore and Franko 2003).

Las dos patologías psiquiátricas que se observan con mayor prevalencia comórbidas, con el trastorno por atracón es la depresión (depresión mayor) y la ansiedad (ansiedad generalizada y ataques de pánico), y en menor grado también se encuentra el abuso de sustancias (Bulik 2002). Se ha observado que los pacientes obesos con trastorno por atracón tuvieron una prevalencia mayor de comorbilidades psiquiátricas, en comparación con aquellos pacientes obesos sin trastorno por atracón (Fassino 2003). Sin embargo algunos autores refieren que es difícil comprender si la psicopatología comórbida es consecuencia o causa del trastorno por atracón (Lower 1991). Peterson et al (2012) hacen la mención que la alteración del estado de ánimo en pacientes obesas que cursan con el trastorno por atracón, se ve relacionado con la ingesta de calorías. De igual manera algunos estudios reportan que existe una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes obesos que poseen atracones, con respecto a los pacientes obesos sin atracones, incluso los individuos que poseen trastorno por atracón tienen mayor prevalencia de trastornos del humor (depresión mayor) en comparación con los que no presentan trastorno por atracón (Ivezaj 2010), refiriendo una prevalencia de 54% en pacientes obesos con trastorno por atracón y depresión, en comparación con un 14% de pacientes obesos sin trastorno por atracón y con depresión (Yanovski 1993, Fassino 2003); así mismo, se ha visto una relación positiva entre el trastorno por atracón y síntomas depresivos a lo largo de la vida (de Zwaan 2001), llegándose a reportar una prevalencia de hasta el 50% de síntomas depresivos en los pacientes que posee un trastorno por atracón (Goldstein 1996).

El trastorno por atracón se ha llegado a asociar con trastornos depresivos o estados de ánimo depresivos, relacionando a la ingesta excesiva de comida como un escape de dichos estado de ánimo (Williamson, Martin and Stewart 2004), algunos de los síntomas que llegan a presentar estos pacientes son anhedonia, letargia, disminución de la motivación y concentración, entre otros síntomas; y esto conlleva a que los resultados por disminuir de peso en diversos tipos de tratamiento (médicos y quirúrgicos) no sean favorables (Presnell 2008). También los pacientes obesos y que poseen trastorno por atracón poseen altos niveles de hostilidad, crítica y externalizan el enojo con mayor frecuencia, independientemente del grado de depresión que posean;

pacientes obesos con mayor gravedad en sus estados depresivos muestran mayor supresión de sus estados de enojo, sin existir diferencias entre sí poseen o no trastorno por atracón (Fassino 2003); con respecto a la presencia o no de depresión y su gravedad, se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa por sexo debido a que las mujeres presentaron mayor presencia de trastornos depresivos que los hombres, pues su obesidad interviene en su estado de ánimo, además han estado realizando dietas durante más tiempo (Mazzeo 2006).

Ansiedad:

Se ha determinado una correlación entre los trastornos de ansiedad y el trastorno por atracón (Striengel-Moore 2007), se han llegado a encontrar una comorbilidad de los síntomas ansiosos entre un 15 y 20% de los pacientes con trastorno por atracón, así mismo como se ha mencionado anteriormente algunos autores llegan a preguntarse si los trastornos de ansiedad proceden a los trastornos alimenticios, o viceversa (Matosa 2002). Los trastorno de ansiedad que se han correlacionado con mayor frecuencia son el trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia y en menor porcentaje fobia social (Yanovski 1993). Se estima que existe en Estados Unidos de Norteamérica una prevalencia del 29% de trastornos ansiosos, sin embargo esta cifra llega a incrementarse hasta en un 30.5% en pacientes con obesidad, a lo largo de su vida (Peterson 2012).

Abuso de sustancias:

El Centro Nacional de Adicciones y Abuso de Sustancias (CASA por sus siglas en inglés) de la Universidad de Columbia ha reportado que, aproximadamente el 50% de las personas que poseen un trastorno de alimentación, usan o son dependientes de alguna sustancias ilícita o de alcohol, comparado con un 9% de la población general, así mismo también se ha reportado que en la población femenina, que posee un trastorno de abuso de sustancia llega a presentar hasta un 35% de trastornos alimentarios, en comparación con la prevalencia estimada a lo largo de la vida que es de un 9% (Hudson 2007). La relación que existe entre el abuso de sustancias y los trastornos de alimentación es compleja debido a que depende de la sustancia, el trastorno de alimentación y los problemas relacionados al consumo de la sustancia (Dunn 2009).

Las sustancias asociadas con los trastornos de alimentación son alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína y anfetaminas (Blinder 2006), varias investigaciones han propuesto que las personalidades adictivas subyacen la predisposición de que los individuos posean tanto un trastorno alimentario como un trastorno de abuso de alcohol. Sin embargo no existen investigaciones que sean concluyentes en determinar la personalidad adictiva

(Conason 2006). De igual manera se ha observado que hasta un 40% de las mujeres que buscan un tratamiento para su trastorno alimenticio posee problemas en su consumo de bebidas alcohólicas; así mismo se ha reportado que la tasa de comorbilidad del abuso de alcohol en pacientes con trastorno por atracón es del 8-41% en comparación con anorexia nervosa u otros trastornos alimenticios de tipo restrictivo (2-10%) (Gadalla and Piran 2007). La comorbilidad entre el trastorno por atracón y el abuso de alcohol, origina una alta mortalidad entre estos pacientes, al igual que es un predictor de una pobre recuperación en cuanto a los tratamientos para el trastorno alimenticio (Keel 2003 and Franko 2005). El tratamiento para los pacientes que poseen tanto abuso de sustancias como trastornos alimentarios es a base de psicoterapia (terapia cognitivo conductual) y farmacoterapia (antagonista opioides e inhibidores selectivo de la recaptura de serotonina) (Conason 2006).

Tratamiento del Trastorno por Atracón

Para el trastorno por atracón se llegan a contemplar tres opciones de tratamiento: psicoterapia dirigida especialmente al trastorno por atracón, tratamiento psicofarmacológico y programas cognitivos enfocados a disminuir de peso. (Allison & Stunkard 2005)

Farmacológico:

Hunson et al (1996), proponen el uso de antidepresivos en pacientes con trastorno por atracón, así mismo debieran ser usados en aquellos pacientes que no han obtenido resultados favorables con la psicoterapia, así mismo sugiere el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como fluoxetina o fluvoxamina, y en algunos casos el uso de antidepresivos tricíclicos (imipramina). En la actualidad existe conocimiento de que cuatro de cinco estudios controlados con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (citalopram, sertralina, fluoxetina y fluvoxamina) poseen resultados favorables en la disminución en el número de atracones, así mismo en el decremento de peso entre 1.2 y 5.6kg contra placebo (Allison and Stunkard 2005). Con respecto al uso de otros antidepresivos se han llegado a realizar estudios controlados utilizando antidepresivos tricíclicos, sin embargo se comenta que sus resultados no fueron muy satisfactorios debido a que uno de ellos (Allison and Stunkard 2005) no logró disminuir la frecuencia de atracones.

De igual manera en el 2000 McElroy et al, realizaron un estudio con uso de sertralina vs placebo por 6 semanas, donde se obtuvo una remisión del trastorno por atracón de 38.8% con el uso de sertralina. También

en el 2003 McElroy realizó un estudio, pero utilizó citalopram vs placebo, por el mismo lapso de tiempo (6 semanas), donde reportó una remisión del trastorno por atracón de un 47.3% vs 21% con el placebo.

Con respecto al uso de fluoxetina (único medicamento aprobado por la FDA para los atracones en la Bulimia Nervosa), los resultados difieren significativamente, debido a que en el estudio de Grilo et al (2005), donde emplea fluoxetina vs placebo por 16 semanas, la fluoxetina no fue superior al placebo en la remisión del trastorno por atracón; en cambio Arnold (2002) utilizó un tratamiento con fluoxetina vs placebo, por un período de 6 semanas, reportando una mejoría tanto en la frecuencia de atracones, la disminución de peso y la gravedad de la enfermedad. Pero Stefano (2008) refirió que estos resultados mencionados deben usarse con cautela, debido a que probablemente los estudios clínicos que se realizan en un corto tiempo no llegan a demostrar el efecto de la medicación (Stefano 2008). Además existen diversos estudios aleatorizados placebo control con antidepresivos, donde se muestran los resultados acerca de la disminución de los atracones, sin embargo no existe gran relevancia en la disminución de peso (McElroy 2002, Arnold 2002).

También existen otros estudios controlados donde se abarcan otro tipo de medicación (no antidepresivos) como es el caso del topiramato (McElroy 2003), sibutramina (Wilfrey 2008), orlistat mas terapia cognitivo conductual (Grilo 2005), zonisamide (McElroy 2006) y atomoxetina (McElroy 2007), en estos estudios se han observado que los medicamentos ya antes mencionados, poseen buenos resultados en tratamientos a corto plazo (seis semanas), tanto para la reducción de los atracones como de la disminución de peso, sin embargo no existen réplicas de los mismos estudios y se desconoce su uso en México, pues no hay reportes publicados.

Psicoterapia

Los trastornos de alimentación poseen una fuerte indicación para el uso de terapia cognitivo conductual, esto es comentado, debido a que el núcleo de la psicopatología tanto de los trastornos de alimentación y la sobrevaloración de la figura como del peso es de origen cognitivo (Murphy 2010). Tanto la terapia cognitivo conductual como la terapia interpersonal, han tenido resultados favorables en la disminución de los atracones en el trastorno por atracón. Sin embargo no han tenido un gran impacto en la disminución de peso de los pacientes. La terapia cognitivo conductual tiene un claro efecto positivo en el comportamiento y características psicológicas, pero en los efectos agudos de la obesidad no han sido tan contundentes estos cambios (Grilo 2005). Así mismo se ha observado que la aplicación de terapia interpersonal en grupo, posee resultados

positivos los cuales llegan a ir del 48 al 96% en la reducción de atracones, resultados muy similares han sido observados en la terapia cognitivo conductual grupal (Allison & Stunkard 2005). Los resultados previos son parecidos a los observados en estudios donde se compara la efectividad de la psicoterapia vs tratamiento psicofarmacológico, ya que se ha llegado a demostrar que existe una mejoría significativa, tanto en la disminución de atracones como en el periodo de abstinencia de los mismos, en los pacientes que se encontraban en tratamiento con terapia cognitivo conductual con respecto a algunos medicamentos como fluoxetina, topiramato o placebo, teniendo remisiones hasta del 94% con psicoterapia (Wilfrey 2002 and McElroy 2003).

La Terapia Cognitivo Conductual es un tratamiento que va enfocado a educar al paciente sobre la naturaleza de sus atracones y los factores que mantienen el problema (Fariburn 1993), la herramienta principal es crear estrategias cognitivas que van encaminadas a automonitorizar su comportamiento, identificar los problemas relacionados con la comida (sobre todo comer, restringir o atracar) y la regularización de sus patrones alimenticios, esto se lleva a cabo en una primera fase de tratamiento; en la segunda fase se trabaja en identificar y superar las barreras sobre la distorsión del pensamiento, las condiciones mal adaptativas y los desencadenantes de los atracones; y por último en la tercera fase el enfoque global es mantener los logros obtenidos y prevenir las recaídas. Por lo cual la duración óptima del tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual de acuerdo a Arnold et al (2002) es de 6 semanas, con sesiones semanales, siendo el objetivo principal de dicho tratamiento aminorar la angustia relacionada a perder peso, comer en exceso o las distorsiones de la imagen corporal (Masheb y Grillo 2001, Gowers and Green 2009). Striegel-Moore et al (2010) realizaron un estudio donde obtuvieron buenos resultados tanto en la eficacia, como en la aceptación de una guía de autoayuda basada en la terapia cognitivo conductual, para los pacientes con trastorno por atracón.

Obesidad:

Para poder hablar de obesidad hay que determinar primeramente el parámetro que se utiliza para establecer si una persona se encuentra en peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad; la medición que se utiliza de forma estandarizada es el índice de masa corporal (IMC) el cual se encuentra conformado por el peso (Kg) dividido entre la talla al cuadrado (m^2). Un IMC sano se encuentra entre 18.5 y 24.9Kg/ m^2 , por debajo de 18.5 es bajo peso, de 25 a 29.9 se establece que el paciente se encuentra en sobrepeso, y obesidad cuando posee un IMC

por arriba de 30Kg/m². Así mismo la obesidad llega a determinarse en grados: grado I (IMC 30 a 34.5), grado II (35 a 39.9) y grado III u obesidad extrema (≥ 40).

La obesidad es un trastorno con una alta prevalencia en la población mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe a nivel internacional cerca de 1000 millones de personas con sobrepeso y se estima que para el año de 2015 la cifra puede llegar a aumentar hasta 1500 millones; por lo cual estas cifras no solo tendrán un gran impacto en la salud de los pacientes, sino también a nivel de los sectores económicos, sociales, de salud y políticos a nivel mundial.

En México desde el año de 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado, llegando a ser en la población adulta de un 39.5% en hombres y un 31.7% en mujeres con obesidad, lo que significa que el 70% de la población adulta en nuestro país posee un índice de masa corporal inadecuado (SS); estas estadísticas colocan a México con el segundo país a nivel mundial con mayor prevalencia de obesidad en su población adulta, siendo el primero país Estados Unidos de América.

Tanto el sobrepeso como la obesidad son enfermedades de gran prevalencia dentro de los pacientes que solicitan una consulta en el primer nivel de atención médica en las Instituciones de Salud, llegando afectar hasta un 60% en los adultos y un 15% en los adolescentes, así mismo se ha observado que las complicaciones médica derivadas de la obesidad poseen un gran costo económico en la práctica médica diaria (Kushner and Roth 2005).

Para la identificación y evaluación de los pacientes con obesidad se han establecido algunas guías, las cuales tiene el fin de proporcionar parámetros claros y específicos, de cómo llevar a cabo una evaluación integral de los pacientes con obesidad, las cuales recomiendan que exista una identificación, clasificación y determinación del riesgo de la obesidad; entre estas guías podemos mencionar la elaborada por el NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) quienes en 1998 publicaron las Guías Clínicas para la Identificación, Evaluación y Tratamiento de los pacientes adultos con Sobrepeso y Obesidad; posteriormente en el 2000 este mismo instituto en colaboración con la Asociación Americana para el estudio de la Obesidad elaboran la Guía Práctica para la Identificación, Evaluación y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adultos (Buchwald 2005).

Es de gran importancia estudiar a los pacientes con obesidad de forma integral, por lo tanto Kushner y Roth (2005) determinan que es de gran relevancia valorar en cada uno de los pacientes, realizar un historial clínico detallado de los factores que contribuyen a su obesidad, cómo afecta esta a su salud en general, los riesgos, motivaciones, expectativas, historia cronológica de la ganancia de peso, tratamientos previos, una historia clínica completa, donde se aborde entre otros ítems los aspectos sociales, médicos y psiquiátricos. En cuanto a las patologías psiquiátricas se menciona que los pacientes con obesidad llegan a relacionar la ingesta de alimentos con ciertos estados afectivos tales como aburrimiento, soledad o estrés, así mismo algunos pacientes pueden llegar a cursar con baja autoestima, aislamiento social, depresión y trastornos de la conducta alimentaria.

Tanto la obesidad como las comorbilidades asociadas a la obesidad son factores que contribuyen significativamente a la reducción de la expectativa de vida, con una mortalidad llegando a nivel mundial cerca de 2.5 millones de personas debido a complicaciones relacionadas con el peso (Norris 2007).

No se considera la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria, aunque la etiología de los trastornos alimenticios se encuentra estrechamente relacionada con alteraciones en la regulación de la energía del metabolismo y del peso corporal (Williamson 2004), lo que si se ha llegado a asociar es la obesidad con el trastorno por atracón, debido a la presencia de numerosos atracones sin llegar a recurrir a conductas compensatorias, lo que lleva por consecuencia una ganancia de peso considerable. Como se ha mencionado anteriormente la obesidad no es considerada un trastorno alimentario. Sin embargo, llega a compartir algunos aspectos psicológicos con los trastornos alimentarios tales como: impulsividad, baja autoestima, insatisfacción corporal, actitud de perfeccionismo y comportamiento desinhibido (Fassino 2003).

Kessler et al (1994) refirió una prevalencia del 10% de procesos de comorbilidad entre depresión y obesidad, existen diversos datos que sugieren la asociación entre los trastornos depresivos, trastornos del estado de ánimo y los pacientes que se encuentran en tratamientos para disminución de peso (Petry 2008). Sin embargo se han estudiado estas dos patologías como entidades distintas llegándose a asumir que su correlación es por coincidencia (Stunkard 2003). También algunos autores refieren que, los trastornos alimenticios pueden llegar a mediar la relación entre la depresión y obesidad, como es en el caso del trastorno por atracón, el cual se ha asociado con comer de forma incontrolada grandes cantidades de alimentos, acompañado por algún efecto que se encuentre mayormente relacionado con estados de ánimo depresivos. (Stunkard 2003).

Obesidad y Hormonas

No se puede hablar de obesidad sin llegar a mencionar el papel que desempeñan algunas sustancias como son la grelina, leptina, GLP-1 y el péptido YY. La grelina fue estudiada por Kojima y colaboradores en 1999, donde se determinó que es un orexigénico secretado por las células A en las glándulas oxínticas (gástricas) localizadas en el fondo del estómago, la función de la grelina es la estimulación del receptor de la hormona de crecimiento, ya que debido a que si aumenta la concentración de dicho receptor aumenta la ingesta de alimentos, por lo tanto incrementa la motilidad intestinal y disminuye la secreción de insulina. Los niveles de grelina en la circulación se incrementan cuando existen balances negativos en el organismo, en los pacientes obesos que se someten a dietas con el fin de bajar de peso, y disminuyen dichos niveles durante la ingesta de alimentos y en personas con obesidad (Molina 2003). En pacientes postoperados de cirugía bariátrica se ha observado que los niveles de grelina disminuyen, algunos estudios refieren que esta disminución llega a ser notoria inmediatamente posterior al evento quirúrgico (Lin 2004), lo cual contribuye a que el paciente no curse con la sensación de hambre (Beckman 2010).

También la leptina es producto del *ob gene* y todavía no se encuentra bien dilucidado su participación en los balances energéticos, es secretada por los adipositos e influye en la ingesta primaria de alimentos, mediante la activación del hipotálamo, ocasiona decremento en la ingesta de alimentos e incrementa el gasto de energía (Beckman 2010); por lo tanto al incrementar el tejido graso, aumenta la leptina la cual en última instancia reduce la ingesta de alimentos. Existe evidencia en estudios acerca de comparaciones de niveles de leptina en pacientes antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica, donde se ha demostrado que una disminución rápida de las concentraciones de leptina en los pacientes postoperados y en correlación con el IMC (Molina 2003)

El GLP-1 (glucagon-like peptide-1) es secretado por las células L las cuales se encuentran en el íleo distal y colón, en respuesta a la ingesta de energía. El GLP-1 es considerada una hormona de la regulación del apetito debido a que cuando se secreta disminuye el hambre y estimula la saciedad gástrica; su secreción se encuentra regulada principalmente por la ingesta de carbohidratos, grasas, proteínas y fibra. En pacientes postoperados de cirugía bariátrica, se han observado resultados similares en cuanto a que sus niveles de GLP-1 se encuentran significativamente elevados, en comparación con pacientes que solo fueron sometidos a colocación de banda gástrica o que solo estuvieron bajo regímenes dietéticos (Beckman 2010).

El péptido YY (PYY) es otro participante en la regulación del apetito y la ingesta de alimentos, este péptido es secretado por las células L del intestino delgado y del colon, y su secreción es estimulada mediante la presencia de proteínas y lípidos; en pacientes con peso normal el péptido YY disminuye la sensación del apetito y la ingesta de alimentos, esto se debe a que el PYY inhibe al receptor del neuropéptido Y2 localizado en el hipotálamo, y esto a su vez da por resultado la disminución de la motilidad intestinal. Batterham y colaboradores (2003), llevaron a cabo un estudio donde se les administraba a los participantes una infusión del PYY, teniendo como observación que las infusiones del PYY reducía la ingesta de alimentos en sujetos con peso normal, y que las administraciones continuas del PYY en roedores reducía la ganancia de peso, por lo cual comentan que podría ser un tratamiento útil para la obesidad. Con respecto a las modificaciones del PYY posterior a la cirugía bariátrica (RYGB: cirugía gástrica de Bypass con Y de Roux) Korner (2005) encontró que aumentaba el PYY en estadios postpandriales y por lo tanto el hambre disminuía.

Obesidad e imagen corporal

El concepto de imagen corporal es un constructo multidimensional, que fue descrito en el paciente con obesidad por primera vez en 1960, de esa fecha a la actualidad se han realizado diversos estudios relacionados con la insatisfacción corporal de los pacientes con obesidad, donde se ha encontrado que cuando un paciente con sobrepeso u obeso incrementa de peso, aumenta su insatisfacción corporal, y al contrario si disminuye de peso la insatisfacción corporal aminora. La insatisfacción de la imagen corporal es variable entre los grupos de personas (edad, etnia, sexo), lo que se ha referido es que las mujeres en comparación con los hombres, cursan con mayor insatisfacción de su imagen corporal, en especial por su exceso de peso, localizado primeramente en abdomen, caderas y muslos (Sarwer 2005), así mismo no se ha encontrado una relación con el grado de insatisfacción corporal y el IMC (Eldrige 1996). Heinberg hace la referencia de que entre mayor sea la insatisfacción de la imagen corporal, los pacientes están más dispuestos a realizar acciones para la disminución de peso mediante el cambio de comportamiento y pensamientos, en cambio esto no se llega a dar de forma favorable cuando la insatisfacción corporal es leve; se ha observado que dentro de la población de pacientes obesos, un porcentaje considerable, tiene como objetivo el bajar de peso para mejor su apariencia física y no por mejorar su estado de salud.

El concepto de imagen corporal valora la insatisfacción, distorsiones cognitivas, reacción afectiva, percepción inadecuada y comportamiento evitativo, existen diversas escalas para evaluar la satisfacción corporal como

The Multi-dimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) el cual posee dos subescalas: orientación y evaluación de la apariencia corporal; otras escalas son The Eating Disorder Inventory – Body Dissatisfaction scale y The Body Shape Questionnaire, las cuales son mayormente usadas en población con obesidad o sobrepeso, ya que se enfocan en la subjetividad relacionada con el peso (Sarwer 2005). Existen otras escalas destinadas a evaluar tanto la distorsión como la insatisfacción de la imagen corporal, Figure Rating Scale, the Contour Rating Scale, and the Body Image Assessment Procedurem, sin embargo dichas escalas poseen limitaciones psicométricas.

Obesidad y Trastorno por Atracón

Los individuos que poseen obesidad con trastorno por atracón llegan a presentar menor control al momento de comer, más miedo al ganar peso, mayor preocupación a la comida y mayor insatisfacción corporal, así mismo llegan a presentar menor restricción alimentaria, más baja autoestima y mayor tristeza en comparación con los obesos sin trastorno por atracón (Marcus and Levine 2005). Se ha observado que los pacientes obesos con trastorno por atracón, no solo llegan a comer de forma excesiva durante la ingesta de sus alimentos, sino también poseen una sobrealimentación entre comidas (Marcus and Levine 2005), por lo cual muchos de estos pacientes pueden llegar a mencionar que no poseen un atracón como tal (comer el doble de comida, en menos de dos horas y con sensación de pérdida de control), pero al verificar sus diarios de comidas, podemos ver que la ingesta de alimentos si corresponde al doble o más de alimentos, que una persona de sus mismas características hubiera comido, por lo tanto se puede definir que poseen atracón/día (Yanovski 1994). Además los pacientes que poseen trastorno por atracón y obesidad suelen someterse con mayor frecuencia a programas para perder peso, en comparación con los individuos que poseen sobrepeso u obesidad pero sin trastorno por atracón (Marcus and Levine 2005)

Cirugía Bariátrica:

A lo largo de la vida de los pacientes con obesidad, han cursado con diferentes tratamientos con el fin de disminuir de peso, entre ellos podemos observar: realización de dietas de diferente índole (hipocalóricas, restrictivas, ricas en proteínas, etc.), tratamientos farmacéuticos, de grupo, por mencionar algunos; sin embargo, el tratamiento para reducción de peso por cirugía se está convirtiendo en la mejor opción para los pacientes que poseen obesidad mórbida (Norris 2007). La cirugía bariátrica fue por primera vez utilizada en 1950, actualmente la técnica más utilizada es el Bypass Gástrico en Y de Roux, es una técnica que involucra una reducción sustancial del estómago quedando de 2 a 3 oz, y se realiza un bypass intestinal con el fin de

disminuir la absorción de los alimentos (Bauchowitz 2005). Se pueden realizar dos opciones de tratamiento quirúrgicos para llevar a cabo la reducción de peso en la cirugía bariátrica, el primero es el procedimiento restrictivo el cual consta en disminuir el tamaño del estómago; y el segundo es el procedimiento que conlleva a que exista una mala absorción de los alimentos, en donde el alimento solo se absorbe parcialmente en el tracto gastrointestinal, debido a que se elimina una gran porción del intestino delgado, lo cual trae como resultado disminuir el tiempo y la superficie disponible para la absorción del alimento (Norris 2007). Los objetivos principales de la cirugía bariátrica para la disminución de peso son: reducción del peso, reducción de las comorbilidades relacionadas con la obesidad y mejorar de la calidad de vida del paciente (Devlin 2003)

Actualmente existen diversos tipos de cirugía destinadas para la reducción de peso, la primera técnica utilizada fue el Bypass jejunoileo, posteriormente en la Segunda Guerra Mundial se comenzó a llevar a cabo la gastroplastía horizontal y gastroplastía vertical con bandas, y fue hasta el año de 1969 donde se introdujo por primera vez la cirugía original del Bypass gástrico, cirugía que posteriormente se le realizaría una modificación con la realización de la Y de Roux (Mitchell 2007); en 1983 se introdujo la banda gástrica sin embargo con este procedimiento la disminución de peso es menor. En la actualidad la técnica que se introdujo en el año del 2002 es la diversión iliopancreática, cirugía destinada para los pacientes con obesidad extrema (Scopinaro 2002)

En 1991 el Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos de América, se estableció las guías de tratamiento para los pacientes con obesidad mórbida ($IMC \geq 40\text{kg/m}^2$) y que tuvieran numerosos tratamientos no quirúrgicos fallidos para la pérdida de peso, así mismo que cursaran con alguna o algunas comorbilidades médicas (diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, cardiopatía, apnea del sueño, depresión y/ dislipidemia), por lo cual la indicación de una cirugía bariátrica es que el paciente presente obesidad mórbida y se acompañe de alguna comorbilidad médica importante (Buchwald 2005, Devlin 2007).

En los últimos años se ha observado una asistencia mayor a los servicios de cirugía bariátrica, por los pacientes con obesidad extrema y que llegan a presentar trastornos de la conducta alimenticia (Trastorno por atracón y síndrome del comensal nocturno), llegándose a mencionar que probablemente los trastornos alimentarios pueden influir en la pérdida de peso posterior al evento quirúrgico (Allison et al 2006). La cirugía bariátrica no exacerba el trastorno por atracón, sin embargo si se ha asociado con disminución en corto tiempo de la frecuencia de atracones (de Zwaan 2001), así mismo se ha observado que tanto la cirugía

bariátrica como el empleo de dietas de menos de 800kcal al día, llegan a disminuir de peso si no también disminuye la frecuencia de los atracones (Williamson 2004).

Se ha observado que la etiología de la obesidad es multifactorial, debido a que se ven involucrados tanto factores fisiológicos como psicológicos, por lo tanto la Conferencia de Cirugía Gastrointestinal en Obesidad Extrema del Instituto Nacional de la Salud y la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica, recomiendan que entre el protocolo multidisciplinario de los candidatos a cirugía bariátrica, se les realice una valoración psiquiátrica, sin embargo dicha valoración no se encuentran estandarizados en los procedimientos para la pérdida de peso por vía quirúrgica (Norris 2007).

Justificación

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) se estima que 52.2 millones de mexicanos son obesos, con estas cifras México es uno de los países con mayor prevalencia en obesidad y sobrepeso. En la actualidad 39.5% de los hombres y mujeres tiene sobrepeso, y 31.7% obesidad, es decir aproximadamente el 70% de la población adulta de nuestro país poseen un IMC inadecuado (ENSANUT 2006). La prevalencia de obesidad es 46% siendo más alta en mujeres (35.5%) con respecto a los hombres (24.3%) (Barquera et al 2001).

Debido al incremento que se ha observado en esta última década, sobre la prevalencia de obesidad en nuestro país, México ocupa el segundo lugar a nivel mundial con mayor cantidad de personas con sobrepeso y obesidad en adultos; por lo tanto, ha surgido el interés por llevar a cabo estrategias tanto médicas como sociales para la disminución de peso; ya que no solo es la obesidad, sino también los problemas que se desencadenan por las complicaciones médicas, económicas y sociales relacionados con la obesidad.

Dentro de la literatura mexicana, no se encuentra un protocolo a seguir sobre la valoración sistemática de los pacientes que pueden ser candidatos a un tratamiento quirúrgico de reducción de peso (cirugía bariátrica), por parte de los servicios de psiquiatría.

Fue factible que este estudio se llevara a cabo, ya que en el Hospital de Especialidad de CMN Siglo XXI es el único hospital del IMSS en el Distrito Federal, donde se está llevando a cabo la cirugía bariátrica; así mismo se observó que es necesaria la participación activa del personal de psiquiatría, dentro de una clínica de cirugía bariátrica, previo y posterior a la realización del procedimiento quirúrgico.

El presente estudio da a conocer la comorbilidad del trastorno por atracón, en los pacientes con obesidad que se encuentra acudiendo a la clínica de cirugía bariátrica, así mismo ayudó a identificar la presencia o no de ansiedad y depresión en dicha población posterior al evento quirúrgico; así mismo se da a conocer como la cirugía bariátrica modificó el trastorno por atracón.

Planteamiento del problema

¿El trastorno por atracón se modifica posterior a la cirugía bariátrica?

Hipótesis

Ho. La cirugía bariátrica modifica significativamente la presencia del trastorno por atracón

Ha. La cirugía bariátrica no modifica significativamente la presencia del trastorno por atracón.

Objetivos

Objetivo general

Calcular la prevalencia del trastorno por atracón en los pacientes obesos pre y post cirugía bariátrica en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivo específico

Conocer la prevalencia del trastorno por atracón en los pacientes obesos que acuden a la clínica de cirugía bariátrica de Hospital de Especialidades de CMN SXXI.

Evaluar ansiedad y depresión como comorbilidades en el trastorno por atracón en pacientes postoperados de cirugía bariátrica.

Conocer si los pacientes obesos con trastorno por atracón presentan un IMC mayor que aquellos pacientes que son obesos pero sin trastorno por atracón, así mismo conocer si existen diferencias significativas con respecto al trastorno por atracón e IMC por género.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal de medidas repetidas pre y post a la realización de cirugía bariátrica, para conocer la prevalencia de atracón en derechohabientes del IMSS, que asistieron a la consulta externa de la Clínica de Cirugía Bariátrica del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, y que cursaban con la presencia de obesidad mórbida y con antecedentes de múltiples intentos fallidos para disminuir de peso, durante el periodo de estudio comprendido de 01 de Octubre de 2011 al 30 de Junio de 2012 y que cumplieron con los criterios de inclusión. Teniendo una muestra de 63 participantes.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se incluyeron a los pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Pacientes con obesidad sometidos a cirugía bariátrica.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Paciente que firmaron su carta de consentimiento informado (Anexo 1).
- Mayores de 18 años.

Se excluyeron a:

- Pacientes con diabetes mellitus descontrolada.
- Pacientes con hipoglicemia.
- Pacientes con alteraciones tiroideas descontroladas.
- Pacientes con antecedentes de conductas purgativas previas a la cirugía bariátrica (menos de 6 meses).
- Pacientes en peso normal o bajo.
- Pacientes que no desearon participar en el proyecto.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes embarazadas.

Se eliminaron a los pacientes que no completaron las evaluaciones o que no desearon continuar con la investigación.

Instrumentos de recolección de información

1. Cuestionario general. El cual constó de 45 preguntas, dichos reactivos abarcaron información acerca de aspectos generales de los pacientes, antecedentes alimenticios, historial de peso, así mismo como antecedentes clínicos personales y familiares. (Anexo 2).
2. The Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ; Stunkard and Messick 1985). Este cuestionario tiene 51 preguntas, las cuales reflejan tres dimensiones de la conducta alimentaria: el autodomio cognitivo de la ingesta (restricción cognitiva), desinhibición del control de la ingesta y la susceptibilidad al hambre. El cuestionario se conformó de dos partes, la primera de 36 preguntas de tipo verdadero y falso las cuales se calificaron de 0 y 1, mientras que la segunda parte fue de 15 preguntas tipo Likert (0=rara vez, 0=algunas veces, 1= habitualmente y 1= siempre). Al final se sumó la calificación de ambas partes y las puntuaciones más altas nos indicaron un mayor nivel de restricción en la ingesta, desinhibición al comer y predisposición al hambre (López-Aguilar 2011). (Anexo 3)
3. Inventario de depresión de Beck. Se aplicó este autoreporte que consistió de 21 ítems, los cuales evaluaron la gravedad de la depresión. Las preguntas del cuestionario están en una escala Likert con opciones de respuestas cuyo valor iba del 0 al 3 (0=nunca, 1=rara vez, 2=algunas veces, 3=siempre). Una vez completado esta escala se calificó del 0 al 63, el punto de corte de calificaciones mayores a 10 se consideran con depresión que aumenta conforme se incrementó la escala. (Anexo 4)
4. Inventario de ansiedad de Beck. Se aplicó este cuestionario, que constó de 21 preguntas las cuales se enfocaron en cuantificar la presencia y gravedad de la ansiedad. Las preguntas se evaluaron en base a una escala de Likert y constaron de 4 opciones de respuesta que fueron 0= En absoluto, 1=levemente, 2=moderadamente y 3=severamente. Una vez que se completó el cuestionario se calificó del 0 al 63 donde el punto de corte para considerar la presencia de ansiedad fue de 18, conforme aumentaba la calificación mayor era la presencia de ansiedad. (Anexo 5)

Logística de recolección de datos y aplicación de instrumentos

Primeramente se realizó un piloto entrevistando a 15 pacientes con obesidad que acudieron a consulta externa la clínica de cirugía bariátrica, con el fin de conocer si el cuestionario TFEQ llegaba a comprenderse, se le informó al paciente que señalará las preguntas que no quedaban claras y que informarán de que manera se podría entender mejor, una vez realizado esto se procedió a la aplicación formal de las escalas utilizadas en el estudio.

Se les aplicaron los cuestionarios a los pacientes que presentaron cualquier grado de obesidad y acudieron a la consulta externa de la clínica de obesidad, y que fueron sometidos a cirugía bariátrica. Se les comentó la importancia de su participación en dicha investigación y el impacto sobre la atención médica.

Aquellos pacientes que decidieron participar en el estudio se les brindaron los cuestionarios que eran de auto-aplicación y el personal capacitado (psiquiatra) estuvo presente durante el requisitado del mismo, para resolver cualquier duda que surgió. Así mismo la recolección de los datos sociodemográficos se llevó a cabo mediante la utilización del expediente clínico y los datos faltantes fueron obtenidos directamente del paciente, a través de una entrevista con el médico psiquiatra. Fueron referidos al servicio de psiquiatría aquellos pacientes que presentaron criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico.

Operacionalización de las variables

NOMBRE VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Edad del paciente en años cumplidos	Variable Continua discreta
Estado civil	Estado civil del paciente con 5 opciones	Variable Cualitativa nominal 1=soltero, 2=casado, 3=unión libre, 4=viudo 5=divorciado
Escolaridad	Grado de estudio del paciente por nivel escolar y si completó o no los estudios.	Variable Cualitativa nominal 1= primaria completa, 2= primaria incompleta, 3= secundaria completa, 4= secundaria incompleta, 5= bachillerato o carrera técnica completo, 6= bachillerato o carrera técnica incompleta, 7= universidad completa, 8= universidad incompleta
Ocupación	Estado laboral actual del paciente	1= labora, 2= no labora
Hábitos alimenticios	Número de comidas al día Dietas realizadas Consumo de líquidos al día Horas de ejercicio a la semana	Variables continuas discretas
Productos para bajar de peso	Medicamentos y productos misceláneos	Variables continuas discretas
TFEQ	Instrumento que consta de 51 ítems, el cual se encuentra enfocado a la detección de la presencia o no de atracones.	Variable continua discreta: escala posee la distribución de dos parte, la primera con opciones de: Verdadero= de 0 a 1 Falso= de 0 a 2 Y la segunda parte con preguntas tipo Likert 0= rara vez 0= algunas veces 1= habitualmente 1= siempre
Inventario de Depresión de Beck	Instrumento que consta de 30 ítems que abarca los síntomas relacionados con la depresión en sus dos componentes, los síntomas cognitivos y síntomas somáticos	Variable continua discreta: escala del 0 al 30 puntos, teniendo la siguiente distribución: 1a 10 puntos= sin depresión 11 a 16 puntos= depresión leve 17 a 20 puntos= disforia

		21 a 30 puntos= depresión moderada 31 a 40 puntos= depresión grave Más de 40 puntos= depresión extrema
Inventario de Ansiedad de Beck	Instrumento conformado por 21 ítems que engloban los síntomas relacionados con la ansiedad en dos de sus componentes, síntomas cognitivos y somáticos	Variable continua discreta: escala del 0 al 21 con el punto de corte en 18, agregando posteriormente una calificación relacionada con la gravedad de los síntomas ansiosos: 0= poco o nada 1= leve 2= moderado 3= grave

Análisis de datos

Los datos fueron capturados en el programa de Excel 2010 y analizados en el paquete estadístico Stata 11.1. El análisis univariado, se realizó para ver inconsistencia en la captura de los datos y la distribución de las variables de interés, además de calcular las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas. Así mismo para las variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes.

El análisis bivariado, se realizó para observar las diferencias de medias entre grupos; pre y post cirugía en cada uno de los puntajes de las escalas medidas. Análisis de medidas repetidas para calcular las diferencias de medias de las evaluaciones pre y post cirugía bariátrica y ver si fueron estadísticamente significativas, con el estadístico de t de student. Así como las diferencias de proporciones de acuerdo a las variables socio demográficas con el estadístico de chi cuadrada.

Aspectos éticos

La investigación estuvo sujeta a los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Fue registrado y autorizado por el comité de investigación local del Hospital de Especialidades donde se realizó el estudio.

Se cumplió con el artículo 13 del capítulo I, donde toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, así mismo lo correspondiente al artículo 16 que trata sobre la confidencialidad, donde se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Con respecto al riesgo que conlleva el estudio, se define que es una investigación con riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio donde se emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes de exámenes físicos y psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario, entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Se les dio a los pacientes información sobre los objetivos y propósitos del estudio, procedimiento, beneficios, duración, así mismo sobre la libertad que poseen si desean retirarse de dicho estudio en el momento que ellos lo deseen.

Se les proporcionó un consentimiento informado por escrito (Anexo 1), así como lo marca el artículo 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su sección de investigaciones en seres humanos.

Recursos humanos y materiales, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos:

1 Residente de la especialidad de psiquiatría

1 Asesor de investigación en psiquiatría

2 Asesores de investigación de UIST

Personal médico y paramédico del servicio de la clínica de cirugía bariátrica de CMN Siglo XXI.

Recursos materiales:

Los recursos materiales fueron los propios recursos proporcionados tanto en los servicios de psiquiatría, cirugía bariátrica y la Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo (UIST); el estudio no contó con algún tipo de financiamiento externo.

Ver los anexos, los cuales son los cuestionarios (recursos materiales) con los cuales se contó para el estudio.

Cronograma de actividades

Actividades	2011						2012							
	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión bibliográfica	X	X	X	X										
Elaboración de protocolo	X	X	X											
Registro protocolo en el CLIHE				X	X									
Realización del piloto				X	X									
Recolección de información					X	X	X	X	X	X	X	X		
Captura de la información y generación de base de datos						X	X	X	X	X	X	X		
Análisis de datos													X	X
Presentación de resultados													X	X
Elaboración tesis													X	X
Elaboración artículo														X

Resultados:

La muestra total de participantes fue de 63 pacientes, obteniéndose una prevalencia del trastorno por atracón previo a la cirugía del 38.09% (24) y del posterior al evento quirúrgico del 6.34% (4) Tabla 2. Con respecto a los resultados de la población entrevistada, se contó con la participación de 42 mujeres (68.25%), así mismo la media de edad fue de 48 años (DE 10.78), en un rango de edad entre 18 a 68 años, siendo la mayoría de la población originaria y residente del Distrito Federal; el 50.79% (32) son casados, cuentan con escolaridad media y superior el 50.79%(32) de nuestra población de estudio, así mismo el porcentaje de los pacientes que laboran en el momento del estudio fue de 66.67% (42). Tabla 1.

En lo que respecta a los antecedentes médico y alimenticios, el estudio arrojó los siguientes resultados: antecedentes de familiares con obesidad 71.43% (45), el 65.08% (41) tenían una enfermedad crónico-degenerativa, diagnósticos psiquiátricos previos 36.51% (23) de los cuales el que cursó con mayor prevalencia fue el trastorno depresivo con un 69.56%(16). Así mismo lo referente al cuestionario alimenticio podemos observar que, solo el 52.38% (33) de los pacientes estudiados siguen sus horarios de comidas, llegando a realizar ayunos el 58.73% (37), restringen alimentos el 66.67% (42), no realizan ningún tipo de ejercicio 42.86% (27), cuentan con el antecedente de haber utilizado medicamentos o productos misceláneos con el fin de bajar de peso el 84.13% (53). Tabla 1, Tabla 2, Gráfica 1 y Gráfica 2.

Se observó que la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica cursaban con el diagnóstico de obesidad grado III 44% (28). Gráfica 5.

Los resultados obtenidos con respecto a la diferencia de género entre los pacientes con trastorno por atracón previo y posterior a la cirugía bariátrica; se observó una mayor incidencia en las mujeres en ambas mediciones. Se obtuvo en la medición prequirúrgica un total de 18 mujeres (28.57%) y 6 hombres (9.52%), mientras que en la medición posquirúrgica fueron 4 mujeres (6.34%) y 0 hombres (0%). La diferencia entre el IMC en los grupos de pacientes con trastorno por atracón y sin trastorno por atracón fue de, 41.73 vs 42.41 respectivamente; así mismo, observamos en estos mismos grupos diferencia en los puntajes del inventario de ansiedad de Beck 10.5 vs 6.18 respectivamente, y de la misma manera en el inventario de depresión de Beck de 17.5 vs 10.38 respectivamente. Sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa, probablemente debido a que la muestra del estudio es pequeña. Tabla 3.

Encontramos una diferencia de proporciones en el TFEQ prequirúrgico de 25.76 vs 18.41 en el TFEQ post quirúrgico ($p=0.00$) de igual manera esta diferencia significativa se presentó en cada una de las subescalas del TFEQ (susceptibilidad al hambre, restricción alimentaria y desinhibición). Tabla 4

En relación a la ansiedad y depresión de los pacientes con trastorno por atracón post cirugía bariátrica, observamos que las diferencias entre hombres y mujeres, también hubo diferencia en el puntaje promedio de la depresión de Beck por género (Hombres 6.71 vs Mujeres 12.90, $p=0.00$). Así mismo podemos observar la presencia de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, en pacientes con trastorno por atracón previo a la cirugía bariátrica, nuestros hallazgos en el presente estudio fueron los siguientes resultados: 12.50% (3) de pacientes con ansiedad y trastorno por atracón y 16.67%(4) en cuanto a los pacientes con depresión y trastorno por atracón. Tabla 5 y Tabla 6. De igual manera en los pacientes post operados de cirugía bariátrica al realizarles el inventario de depresión de Beck se obtuvo que el 68% (43) no cursaron con depresión, el 18% (11) presentó depresión leve, nadie presentó resultados que nos indicaran disforia, el 8% (5) presentaron datos de depresión moderada y el 6% (4) presentaron datos de depresión, y ninguno para depresión severa. Gráfica 3.

Respecto al diagnóstico de ansiedad en pacientes post operados de cirugía bariátrica se encontró que el 84% (53) no presentaron ansiedad, y el 16% (10) presentaron ansiedad leve, ningún paciente presentó datos de ansiedad moderada o grave. Gráfica 4.

Se realizaron comparaciones en las proporciones de medias entre el IMC previo y el IMC posterior a la cirugía bariátrica, así mismo sus diferencias entre género y presencia o no del trastorno por atracón, aquí podemos observar que el IMC de los pacientes previo a la cirugía (52.17), fue mayor en comparación con el IMC de los pacientes posterior a dicha cirugía (42.36), por lo cual estos datos son estadísticamente significativos ($p=0.00$). Gráfica 6

TABLAS

TABLA 1. Características sociodemográficas en pacientes con cirugía bariátrica. IMSS 2012

Variable	N	Porcentaje(%)
Género		
• Mujeres	42	68.25
• Hombres	21	31.75
Estado Civil		
• Casado	32	50.79
• Soltero	19	30.16
• Unión Libre	7	11.11
• Viudo	5	7.93
Escolaridad		
• Primaria completa	9	14.29
• Primaria incompleta	2	3.17
• Secundaria completa	8	12.70
• Secundaria incompleta	2	3.17
• Preparatoria completa	13	20.63
• Preparatoria incompleta	7	11.11
• Licenciatura completa	19	30.16
• Licenciatura incompleta	3	4.76
Religión		
• Católico	53	84.13
• Cristiano	4	6.35
• Testigo de Jehová	3	4.76
• Mormón	1	1.59
• Otros	2	3.17
Ocupación		
• Estudiante	1	1.59
• Ama de casa	16	25.40
• Comerciante	8	12.70
• Empleado de oficina	7	11.11
• Empleado de fábrica	4	6.35
• Profesor	1	1.59
• Otro	26	41.27
Labora actualmente		
• Si	42	66.67
• No	21	33.33
Tiene alguna enfermedades crónico degenerativas		
• Si	41	65.08
• No	22	34.92
Tenía enfermedades crónico degenerativas		
• Hipertensión	32	50.79
• Diabetes	13	20.63
• Hipotirodismo	14	22.22
• Enfermedad renal	0	0
• Enfermedad cardiaca	1	1.59
• Otro	3	4.76

Antecedentes de trastornos alimentarios en la familia		
• Si	46	73.02
• No	17	26.98
Tipo de trastorno alimentario		
• Obesidad	45	71.43
• Ts alimentario no especificado	1	1.59
Fuma		
• Si	18	28.57
• No	45	71.43
Ingesta de alcohol		
• Si	16	25.40
• No	47	74.60
Consumo de otras sustancias		
• Si	0	0
• No	63	100
Enfermedades psiquiátricas previas		
• Si	23	36.51
• No	40	63.49
Enfermedades psiquiátricas		
• Ansiedad	6	26.08
• Depresión	16	69.56
• Consumo de sustancias	0	0
• Otro	0	0
• Trastorno alimentario	1	4.34

TABLA 2. Antecedentes y características alimentarias en pacientes con cirugía bariátrica. IMSS 2012

Variable	N	Porcentaje
Comidas que realiza al día		
• Una	0	0
• Dos	12	19.05
• Tres	16	25.40
• Cuatro	10	15.87
• Cinco	25	39.68
Sigue horarios de comidas		
• Si	33	52.38
• No	30	47.62
Realiza ayunos		
• Si	37	58.73
• No	26	41.27
Antecedente de haber realizado dietas		
• Si	57	90.48
• No	6	9.52
No. De dietas al año		
• Ninguna	6	9.52
• 1-3 dietas	34	53.97
• 4-6 dietas	9	14.29
• 7-10 dietas	8	12.70
• >10 dietas	6	9.52

Duración de las dietas		
• Ninguna	6	9.52
• < 1 semana	43	68.23
• 1-2 semanas	2	3.17
• 3-4 semanas	3	4.76
• 5-11 semanas	3	4.76
• >12 semanas	6	9.52
Restricción de alimentos		
• Si	42	66.67
• No	21	33.33
Realización de ejercicio		
• Si	36	57.14
• No	27	42.86
Horas de ejercicio a la semana		
• 0hrs/semana	27	42.86
• 1hr/semana	8	12.70
• 2-5hrs/semana	22	34.92
• 6-10hrs/semana	5	7.94
• 11-14hrs/semana	1	1.59
Uso de productos o medicamentos para disminuir de peso		
• Si	53	84.13
• Mujeres	41	65.07
• Hombres	12	19.06
• No	10	15.87
• Mujeres	1	1.59
• Hombres	9	14.28
Tipos de productos utilizados		
• Sibutramina	15	23.81
• Orlistat	10	15.87
• Metaboltonic	9	14.29
• Metformina	1	1.59
• Uso de fajas	9	14.29
• Jabones reductivos	6	9.52
• Te	19	30.16
• Gel reductivo	15	23.81
• Enema	1	1.59
• Alcachofa	12	19.05
• Redugrass	16	25.40
• Laxantes	7	11.11
• Diuréticos	5	7.94
• Anfetaminas	22	34.92
• Otros	38	60.32
Sabe contar calorías		
• Si	14	22.22
• No	49	77.78
Conforme con su imagen corporal		
• Si	29	46.03
• No	34	53.97
Tratamientos (quirúrgicos) previos		
• Si	8	12.70
• No	55	87.30

TABLA 3. Comparaciones entre pacientes con trastorno por atracón y sin trastorno por atracón post cirugía bariátrica. IMSS 2012

	Con atracones	Sin atracones	t	p
	M/(DE)	M/(DE)		
N	4	59		
Mujer/Hombre	4/0	38/21		
Edad (años)	51.75 (15.30)	47.59 (9.90)	-0.78	0.78
Talla (mts)	1.56 (0.04)	1.61 (0.09)	0.98	0.16
Peso (kgs)	102 (13.68)	110.3 (25.21)	0.64	0.64
IMC	41.73 (5.01)	42.41 (8.67)	0.15	0.43
Mujeres	41.73 (5.01)	42.06 (8.93)	0.07	0.47
Hombres	-	44.54 (7.55)	-	-
Inventario de depresión Beck (puntuación)	17.5 (11.35)	10.38 (9.86)	-1.38	0.91
Inventario de ansiedad Beck (puntuación)	10.5 (6.13)	6.18 (7.18)	-1.17	0.87

TABLA 4. Promedio del puntaje de la escala y sub escalas del TFEQ, en pacientes con trastorno por atracón, pre y post cirugía bariátrica. IMSS 2012.

	Precirugía	Postcirugía	t	p
	M/(DE)	M/(DE)		
Pacientes con Trastorno por atracón (N)	24 (38%)	4 (6.34%)		
• Hombres (N)	6 (9.52%)	0		
• Mujeres (N)	18 (28.57%)	4 (6.34%)		
TFEQ puntaje total (puntaje)	25.76 (8.19)	18.41 (6.43)	8.94	0.00
• Hombres	23.47 (8.90)	16.95 (5.01)	5.16	0.00
• Mujeres	26.90 (7.66)	19.14 (6.97)	7.30	0.00
• Diferencia por sexo	0.05*	0.10*		
Susceptibilidad al hambre (puntaje)	6.60 (2.76)	4.77 (2.26)	6.73	0.00
• Hombres	5.76 (2.98)	4.14 (2.05)	4.11	0.00
• Mujeres	7.02 (2.58)	5.09 (2.32)	5.38	0.00
• Diferencia por sexo	0.04*	0.05*		
Restricción (puntaje)	11.69 (2.67)	9.50 (2.83)	7.17	0.00
• Hombres	11.80 (2.94)	9.76 (2.48)	3.98	0.00
• Mujeres	11.64 (2.57)	9.38 (3.01)	5.91	0.00
• Diferencia por sexo	0.59*	0.69*		
Desinhibición (puntaje)	7.46 (4.21)	4.12 (3.44)	8.22	0.00
• Hombres	5.90 (3.97)	3.04 (2.61)	4.38	0.00
• Mujeres	8.23 (4.16)	4.66 (3.70)	6.94	0.00
• Diferencia por sexo	0.01*	0.03*		

*Valor de p entre la diferencia de sexo

TABLA 5. Promedio de los puntajes de los cuestionarios de ansiedad y depresión de Beck en pacientes post cirugía bariátrica. IMSS 2012.

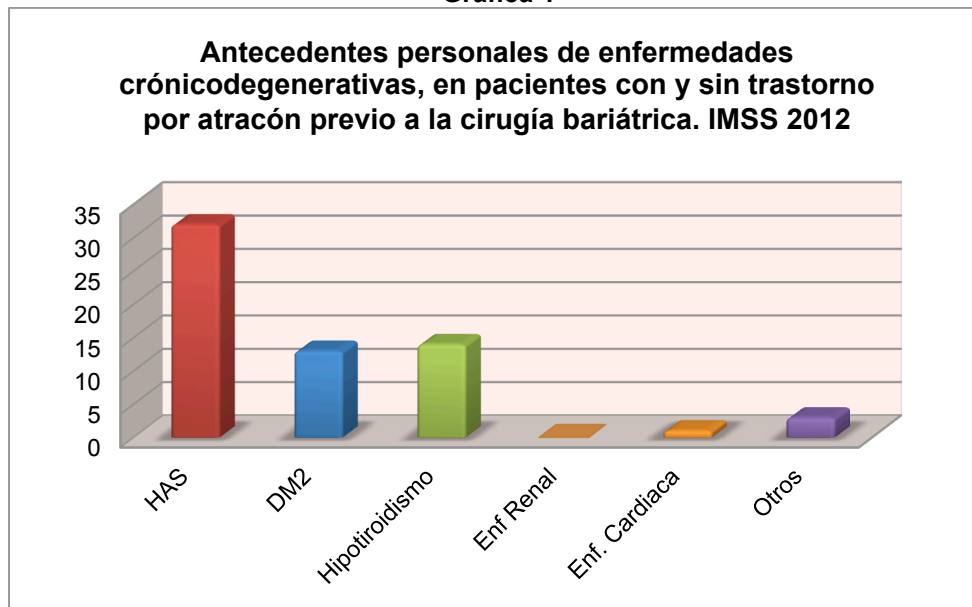
	Hombres M/(DE)	Mujeres M/(DE)	t	p
Inventario Depresión de Beck				
• Diagnóstico (N)	5	15	0.91	0.33
• Puntaje	6.71 (7.38)	12.90 (10.58)	2.40	0.00
Inventario Ansiedad de Beck				
• Diagnóstico (N)	1	5	0.82	0.36
• Puntaje	5.04 (6.30)	7.16 (7.51)	1.10	0.13

TABLA 6. Proporciones de Trastorno Depresivo y el Trastorno Ansioso por género, previo a la cirugía bariátrica en pacientes con trastorno y sin trastorno por atracón. IMSS 2012

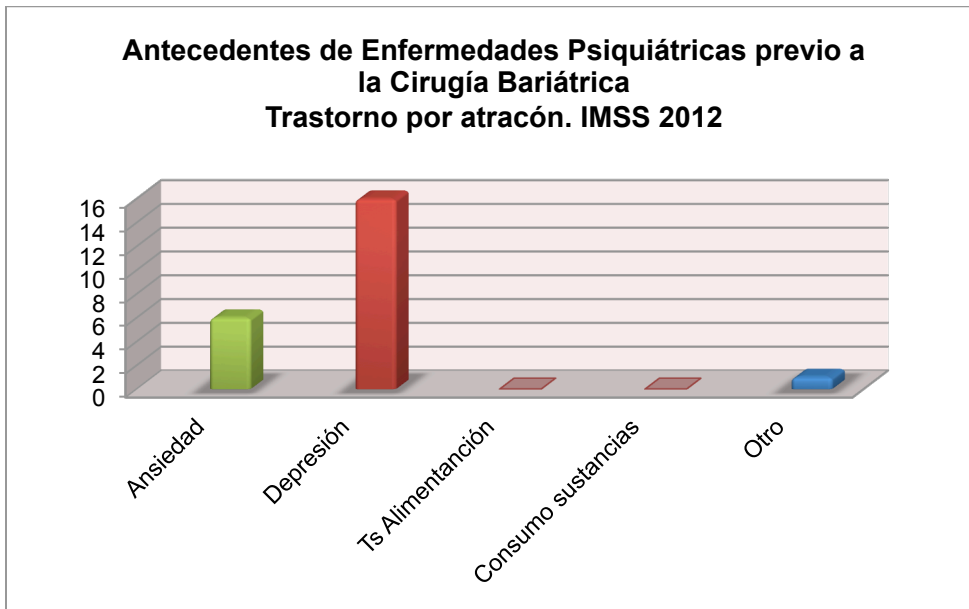
	N	Con Ts. Por atracción	Sin Ts por atracción	p
Trastorno Ansioso	6	3 (12.50%)	3 (7.69)	0.52
• Hombres	1	0	1(6.67%)	0.51
• Mujeres	5	3 (16.67%)	2 (8.33%)	0.40
Trastorno Depresivo	16	4(16.67%)	12 (30.77%)	0.21
• Hombres	6	1 (16.67%)	5 (33.33%)	0.44
• Mujeres	10	3 (16.67%)	7 (29.17%)	0.34

GRÁFICAS

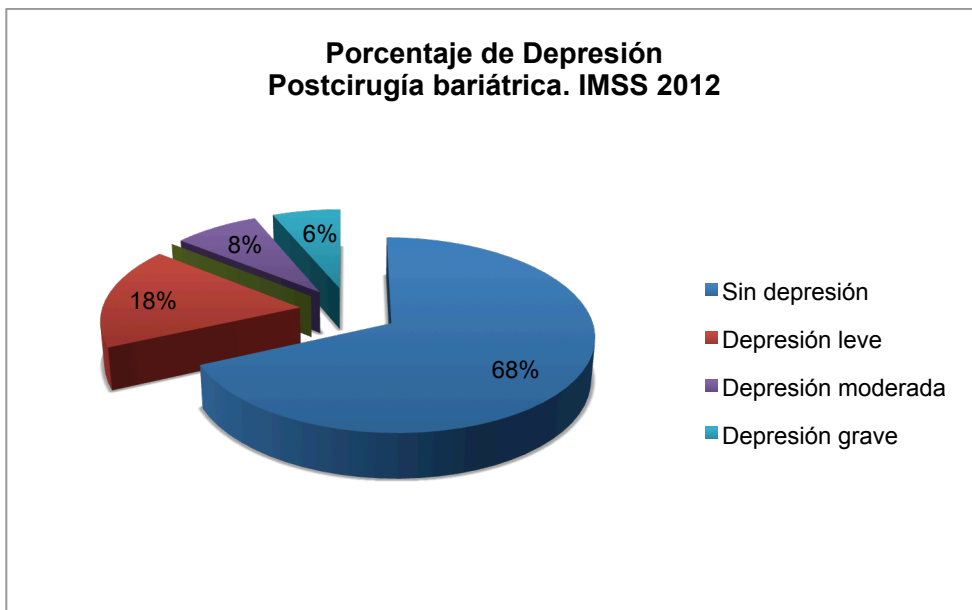
Gráfica 1



Gráfica 2



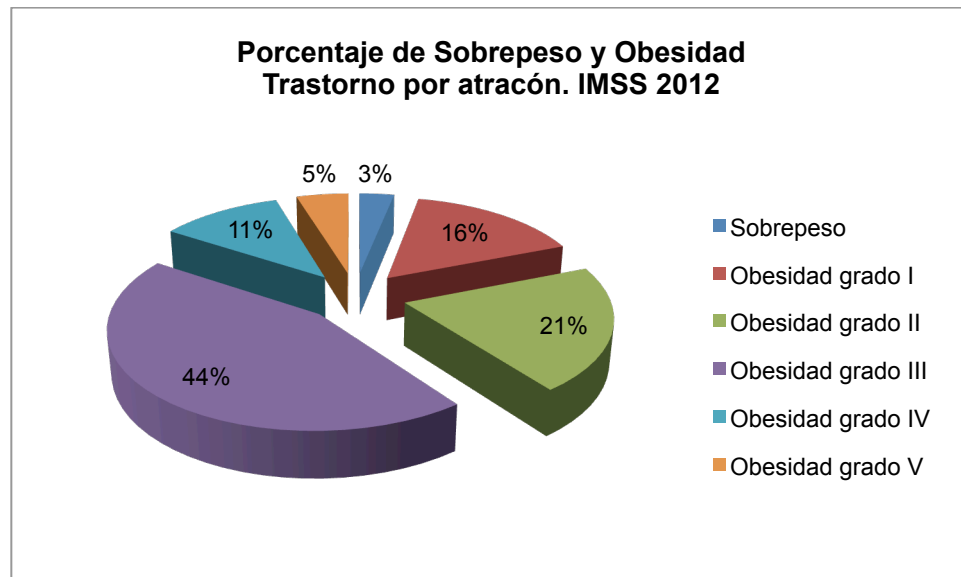
Gráfica 3



Gráfica 4

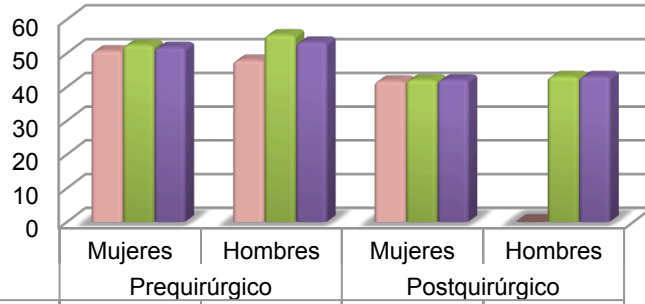


Gráfica 5



Gráfica 6

Comparación del IMC previo y posterior a la cirugía bariátrica. IMSS 2012



	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	Prequirúrgico		Postquirúrgico	
Con trastorno por atracón	50.67	47.84	41.73	0
Sin trastorno por atracón	52.37	55.39	42.06	43.04
Total	51.64	53.23	42.03	43.04

Discusión

Este es el primer estudio realizado en el Instituto Mexicano de Seguro Social, que mide la prevalencia del trastorno por atracón en una población de pacientes de la clínica de obesidad que fueron sometidos a cirugía bariátrica. La prevalencia que encontramos fue de 38% nuestros resultados son similares a las prevalencias del trastorno por atracón reportadas en estudios norteamericanos donde mencionan que es de un 20 a 30% en poblaciones similares a la nuestra, y en otros reportan una prevalencia del 25 al 50% (Stringel Moore and Franco 2003, De Zwan 2001, Niego 2007, Bauchowitz 2005), la variación que encontramos de prevalencia se puede deber a lo mencionado en el estudio de Williamson et al (2004), donde hace relevancia al tipo de escalas empleadas en cada estudio y al tipo de población, y que esto puede llegar a dar una variación en los resultados de las prevalencias.

Existe gran información, sobre todo en artículos de gastrocirugía, donde se menciona que la cirugía bariátrica no llega a curar el trastorno por atracón, sin embargo si lo llega aminorar y a controlar la ingesta excesiva de alimentos, de igual manera se ha logrado disminuir este trastorno psiquiátrico con el empleo de dietas de 800kcal (Niego 2007). Sin embargo tanto los clínicos, investigadores como cirujanos deben de ser muy cautelosos en afirmar de forma contundente que los atracones y el trastorno por atracón son curables con los procedimientos quirúrgicos para la reducción de peso. Con respecto al presente estudio encontramos que la prevalencia del trastorno por atracón disminuyó de un 38.09% (24) a un 6.34% (4), con lo que podemos afirmar que los resultados son similares a la literatura, donde mencionan que si disminuye el trastorno por atracón posterior a la realización de la cirugía bariátrica, sin embargo sería de relevancia realizar estudios posteriores con esta población para ver el comportamiento del trastorno por atracón a lo largo del tiempo, para ver recurrencias, consideramos que hay una serie de comorbilidades como ansiedad y depresión que deben ser tratadas con terapia cognitivo conductual, con el objeto de resolverlas, y que impidan que el trastorno por atracón se vuelva a presentar, como las complicaciones que podría generar posteriormente a la cirugía bariátrica.

Con respecto a los resultados obtenidos en cuanto al puntaje de la escala del TFEQ, podemos observar que si disminuyó satisfactoriamente su puntaje (25.76 vs 18.41, $p=0.00$), así mismo se obtuvieron datos similares en las subescalas, llamando más la atención que la subescala que tuvo un mayor puntaje fue la de restricción alimentaria; a diferencia de estudios previos (Bocchlerl-Ricclardl 2006) esta misma escala disminuyó su puntaje, y el fenómeno esperado era que el puntaje de restricción alimentaria se incrementara posterior a la

cirugía bariátrica, sería de relevancia realizar en un estudio posterior si es que esta restricción alimentaria se mantiene en los meses posteriores a la cirugía, o si la restricción alimentaria no se lleva a cabo debido a que los pacientes se encuentran con mayor seguridad a poder tener mayor variedad en sus alimentos, y que esta solo se basa en la cantidad y no calidad de los mismos.

Como podemos observar en estudios previos se hace mención de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes del trastorno por atracón, los cuales son trastornos afectivos, ansiosos y consumos de sustancias (Bulik 2002), en comparación con nuestro estudio se realizaron mediciones posteriores de ansiedad y depresión en los pacientes post operados de cirugía bariátrica, encontrándose una menor incidencia de depresión de hasta un 32%, en comparación con la literatura internacional que muestra hasta un 54% de incidencia (Yanovski 1993, Fassino 2003). En nuestro estudio no hubo una diferencia significativa de trastornos afectivos, como es el caso de la depresión entre los grupos de obesos con trastorno por atracón y pacientes sin trastorno por atracón, que son similares a los reportados por Riener (2006). En nuestro estudio encontramos coincidencias con la literatura internacional que refieren que el trastorno por atracón tiene una mayor incidencia de síntomas depresivos en mujeres, esto se le atribuye a que el peso de las mujeres afecta directamente a su estado de ánimo (Mazzeo 2006), esto probablemente se deba a que las mujeres probablemente tienen una mayor preocupación por su peso y su apariencia, por lo tanto se someten con mayor frecuencia a diversos tratamientos para disminuir de peso, y al no obtener resultados favorables, llegan a manifestar su frustración, enojo, tristeza y decepción con la presencia de síntomas depresivos subclínicos.

Abordando la otra comorbilidad psiquiátrica más común en el trastorno por atracón, es la presencia de ansiedad, donde se obtuvieron resultados del 16% de la población estudiada, datos similares a los de literaturas previas donde se marca una incidencia de síntomas depresivos entre un 15 a 20% (Matosa 2002). Así mismo sería de gran relevancia en futuros estudios abordar no solo los síntomas ansiosos, sino también clasificarlos y si son similares a los reportados en la literatura donde se comenta que, poseen mayor frecuencia el trastorno de ansiedad generalizada, crisis de angustia y en menor porcentaje la fobia social (Yanovski 1993).

En la literatura se puede encontrar que existe sólida evidencia acerca de la asociación de obesidad y depresión (Stunkard 2003), así mismo existe una mayor correlación en ambos diagnósticos en las mujeres (Istvan et al 1992, Faith 2002), por lo tanto sería de relevancia realizar estudios posteriores acerca de la

prevalencia de diversos trastornos psiquiátricos, en la población mexicana que posea sobrepeso u obesidad, esto con el fin de realizar detecciones tempranas que puedan contribuir, a que los pacientes manejen mas adecuadamente estos trastornos y esto a su vez produzca un impacto positivo en sus vidas a nivel afectivo, médico, económico, sexual, escolar, laboral y demás áreas de interés para el paciente.

Como se puede observar en los resultados, en lo relacionado con el antecedente de consumo de medicamentos o productos misceláneos (hayan sido o no indicados por personal calificado) que se usan con el fin de disminuir de peso, podemos ver que la gran mayoría de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, los han consumido (84.13%) mostrándose que las mujeres llegan a consumir más este tipo de productos en comparación con los hombres (65.07% vs 19.06% $p=0.00$); no se encontraron en la literatura, estudios acerca del consumo de productos para bajar de peso relacionándolos con el trastorno por atracón.

Existen predictores psiquiátricos que contribuyen tanto en la pérdida de peso como en la calidad de vida posterior a la cirugía, algunos autores mencionan que los factores que contribuyen son: historial de enfermedades psiquiátricas, trastorno por atracón, trastorno de personalidad y alteraciones en su patrón alimenticio; sin embargo no existe un protocolo donde se establezcan cuáles podrían ser las contraindicaciones de enfermedades psiquiátricas para la realización de la cirugía bariátrica, pero algunos autores comentan que algunas contraindicaciones podría ser el abuso de alcohol o de drogas ilícitas, psicosis activa, retraso mental severo ($IQ < 50$), trastorno por atracón (Norris 2007, Bauchowitz 2005).

Consideramos que una de las aportaciones principales de la investigación hacia el conocimiento general, es que en verdad la realización de la cirugía bariátrica si llega a tener un impacto en el trastorno por atracón, sin embargo no nos podemos aventurar a decir que lo remite en su totalidad, y que necesitamos estudios de seguimiento para ver si estas intervenciones aisladas llegan a tener resultados permanentes o solamente temporales. Tendría que valorarse que los tratamientos sean multidisciplinarios (psiquiatría, dietología, medicina interna, endocrinología). Así mismo, como se dan a conocer los resultados en cuanto a la prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, nos podemos dar cuenta que si existe una relación estrecha, de la presencia de trastornos ansiosos y depresivos con pacientes con obesidad, y no solo los pacientes que cursan trastorno por atracón, y esto nos llevaría a realizar un protocolo para la detección de alteraciones psiquiátricas en pacientes con obesidad. Entre los trastornos psiquiátricos que se podrían evaluar es

determinar la presencia de trastornos de personalidad o rasgos de personalidad de los pacientes con sobrepeso y obesidad, y si esto tiene o no relevancia en cuanto seguir el apego terapéutico.

También sería importante realizar estudios donde se determinen cuales alteraciones cognitivas poseen los pacientes con respecto a la comida, su estado de salud, hábitos alimenticios y sentimientos, y no solo a los que poseen trastorno por atracón sino en general a los pacientes con sobrepeso y obesidad; esto con el fin de incluirlos en grupos de terapia cognitiva conductual, y mejorar las distorsiones cognitivas que pudieran tener y que posean herramientas adecuadas para no repetir las acciones que han realizado por mucho tiempo, y que por consecuencia los han llevado a tener un deterioro no solo de salud sino también social y psicológico, desencadenado por su peso.

Limitaciones del estudio

Consideramos que una de las principales limitaciones del estudio fue el tamaño de la muestra que no permite ver si las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas. También en estudios posteriores se deberá incluir un grupo de comparación con las mismas características de obesidad con trastorno por atracón, pero que no sean sometidos a cirugía bariátrica y solo a tratamiento psiquiátrico. Y valorar las dos intervenciones quirúrgicas y psiquiátricas en el tiempo, para comparar la mejor eficacia y efecto de las intervenciones.

Otra de las limitaciones es el hecho de considerar los trastornos psiquiátricos previos al evento quirúrgico por expediente, ya que solo es mediante una valoración por parte del departamento de psiquiatría y no se cuenta con una escala objetiva para la detección de síntomas tanto ansiosos como depresivos, o de alguna otra comorbilidad psiquiátrica.

Conclusiones:

El trastorno por atracón es un diagnóstico psiquiátrico común que presentan los pacientes con obesidad que acuden a la clínica de cirugía bariátrica, en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI y que no es valorado multidisciplinariamente y tampoco el tratamiento cumple con estas características, lo que impide que el enfoque sea integral para preservar la vida del paciente, pero también para mejorar su calidad de vida, su autoestima, comorbilidades médicas (diabetes mellitus, hipertensión, etc.), lo cual no solo traerá beneficios para su persona, sino también para su familia y su economía a corto, mediano y largo plazo. Así mismo la detección oportuna del trastorno por atracón, es de suma relevancia detectarlo de forma objetiva, con el uso de escalas validadas para población mexicana, y que esto pueda contribuir no solo a que los pacientes disminuyan de peso exitosamente, si no también evitar algún tipo de complicación.

La valoración por parte del servicio de psiquiatría no solo debe de realizarse previo al evento quirúrgico, sino también dar un seguimiento a corto y mediano plazo, mediante la realización de una valoración posterior de los pacientes sometidos al evento quirúrgico (cirugía bariátrica) para la detección de trastornos afectivos, ansiosos y de consumo de sustancias, con apoyo sustancial de la clinimetría; esto con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, ya que en muchas ocasiones puede que no posean un gran avance en la disminución de peso, y esto se llegue a deber a que su estado de ánimo se encuentra afectado, y no solo su estado de ánimo, muy probablemente su dinámica familiar, su vida laboral y demás actividades esenciales y cotidianas para los pacientes.

Claro que se espera que la cirugía bariátrica cambie de forma positiva la vida de los pacientes, sin embargo no podemos predecir el futuro, pero lo que si podemos hacer es tener un protocolo bien estandarizado en cuanto a las evaluaciones psiquiátricas previas, durante y posteriores a la cirugía bariátrica; sin olvidar mantener una relación estrecha con los demás servicios (gastrocirugía, endocrinología, nutrición, etc.), esto con el fin de que no solo el paciente goce de un peso ideal para su talla y edad, sino también que realmente disfrute esos cambios en su vida y sus relaciones interpersonales.

La realización de las evaluaciones psiquiátricas son con fin de evaluar que el paciente se encuentre consciente de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento quirúrgico, así mismo es de gran relevancia que el paciente posea un conocimiento amplio sobre la cirugía, ya que esto es de ayuda para que junto con el cirujano se determinen cuáles son las metas objetivas, que se van alcanzar con el procedimiento quirúrgico.

El éxito de la reducción de peso de la cirugía bariátrica, no solo recae en la cirugía misma, sino que también debe de existir un cambio en la cognición y el comportamiento del paciente, en su capacidad para realizar y llevar a cabo nuevos cambios en su estilo de vida, que principalmente se enfocarán en sus hábitos alimenticios, ejercicio y no relacionar los alimentos con sus estados de ánimo. Los cambios tanto en la cognición como en el comportamiento de los pacientes, van a llevar a que logren tener expectativas realistas de sus resultados posteriores a la cirugía bariátrica.

Bibliografía:

1. Allison K, Wadden T, Sarwer D, Fabricatore A, Crerand C, Gibbons L, Stack R, Stunkard A and Williams N. (2006) *Obesity* Vol 14: 77S-82S
2. Allison K, Stunkard A (2005). *Obesity and Eating Disorders*. *Psychiatr Clin N Am* 28:55–67
3. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: author.
4. Arnold LM, McElroy SL, Hudson JI, Welge JA, Bennett AJ, Keck PE (2002): A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry* Vol 63:1028–1033.
5. Barquera S, Rivera-Dommarco JA, Gasca-García A (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública Mex* Vol 43:1-14
6. Batterham RL, Cohen MA, Ellis SM, et al (2003). Inhibition of food intake in obese subjects by peptide YY3-36. *N Engl J Med* Vol 349:941–8.
7. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, et al (2005). Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* Vol 67:825–32.
8. Beckman LM, Beckman TR, Earthman CP (2010). Changes in Gastrointestinal Hormones and Leptin after Roux-en-Y Gastric Bypass Procedure: A Review. *J Am Diet Assoc*. Vol 110:571-584.
9. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicina* Vol 68:454-462.
10. Buchwald H (2005). Consensus Conference Panel. Consensus Conference statement: bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third party payers. *Surg Obes Relat Dis* Vol 1:371–81.
11. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders* Vol 32:72-78.
12. Conason AH, Brunstein Klomek A, Sher L (2006). Recognizing alcohol and drugs abuse in patients with eating disorders. *Q J Med* 99:335-339.
13. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I (2003). Why is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *InterScience* S2-S18.
14. Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A (2007). Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. In Yager J and Powers PS editors. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc. P. 195-224.

15. Dunn E, Neighbors C, Fossos N, Larimer M (2009). A Cross-Lagged Evaluation of Eating Disorders Symptomology and Substance-Use Problems. *J. Stud. Alcohol Drugs* 70: 106-116.
16. Eldrige KL, Agras WS (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* Vol 19:73–82.
17. Faith MS, Matz PE, Jorge MA (2002): Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* Vol 53:935–942
18. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo G (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research* Vol 54:559-566.
19. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jakson S, Manzo MP, Herzong DB (2005). How do eating disorders and alcohol use disorders influence each other? *The International Journal of Eating Disorders*, Vol 38(3):200-207.
20. Gadalla T and Piran N (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: A meta-analysis. *Archives of Women’s Mental Health*, Vol 10(4):133-140.
21. Goldstein LT, Goldsmith SJ, Anger K, Leon AC (1996). Psychiatric symptoms in clients presenting for commercial weight reduction treatment. *Int J Eat Disord* Vol 20(2):191-7.
22. Gowers SG and Green L (2009). *Eating Disorders, Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. New York: Routledge P.71-84.
23. Grilo CM (2002). Binge Eating Disorder. In Fairburn CG and Brownell KD editors. *Eating Disorders and Obesity A comprehensive Handbook*. New York: Guilford P. 98-102.
24. Grilo CM, Masheb RM, Wilson (2005). Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo controlled comparison. *Biol Psychiatry* Vol 57:301-309.
25. Grilo CM, Masheb RM, Salant SL (2005). Cognitive behavioral therapy guided self-help and orlistat for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Biol Psychiatry* Vol 57:1193-201.
26. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* Vol 61:348-358.
27. Istvan J, Zavela K, Weidner G (1992): Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes* Vol 16:999–1003

28. Ivezaj V, Saules KK, Hoodin F, Alschuler F, Angellela NE, Collings AS, Sauders-Scott D, Wiedeman AA (2010). The relationship between binge eating and weight status on depression, anxiety, and body image among a diverse college sample: A focus on in/Multiracial women. *Eating Behavior* Vol 11:18-24.
29. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB (2003). Predictors of mortality in eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, Vol 60(2):179-183.
30. Kojima M, Hosoda H, Date Y, et al (1999). Ghrelin is a growth-hormone-releasing acylated peptide from stomach. *Nature* Vol 402:656–60.
31. Korner J, Bessler M, Cirilo LJ, et al (2005). Effects of roux-en-Y gastric bypass surgery on fasting and postprandial concentrations of plasma ghrelin, peptide YY, and insulin. *J Clin Endocrinol Metab* Vol 90:359–65.
32. Kushner RF, Roth JL (2005). Medical Evaluation of the Obese Individual. *Psychiatr Clin N Am* Vol 28:89–103
33. Lin E, Gletsu N, Fugate K, McClusky D, Gu LH, Zhu JL, Ramshaw, BJ, Papanicolaou DA, Ziegler TR, Smith CD (2004). The effects of gastric surgery on systemic ghrelin levels in the morbidly obese. *Arch Surg*. Vol 139:780-784.
34. López-Aguilar X, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arévalo R, Franco-Paredes K, Álvarez-Rayón GL, Tellez-Girón MT (2011). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* Vol 2:24-32.
35. Lowe MR, Caputo CG (1991). Binge eating in obesity: toward the specification of predictors. *Int J Eat Disord* Vol 10:4-55.
36. Marcus MD and Levine MD (2005). Obese Patients With Binge-Eating Disorder. In: Goldstein DJ and Stunkard AJ editors. *The management of eating disorders and Obesity*. New Jersey: Humana Press P. 143-162.
37. Masheb RM, Grilo CM (2001). Accuracy of self-reported weight in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* Vol 29(1):29-36.
38. Massa F et al (2010). Alterations in the hippocampal endocannabinoid system in diet-induced obese mice. *J. Neurosci*. Vol 30:6273-6281.
39. Matosa MI, Aranha LS, Fariaa AN, Ferrerirab SR, Bacaltchuckc J, Zanell MT (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patient. *Rev Bras Psiquiatr* Vol 24(4):165-9.

40. Mazzeo S, Saunders R, Mitchel KS (2006). Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eating behavior* Vol 7:47-52.
41. McElroy SL, Arnold LM, Shapira NA, Keck PE, Rosenthal NR, Karim MR, et al (2003): Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized placebo-controlled trial. *AmJ Psychiatry* Vol 160:255–261.
42. McElroy SL, Casuto SL, Nelson EB et al (2000). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, Vol 157:1004-1006.
43. McElroy SL, Kotwal R, Guerdjikova A et al (2006) Zonisamide in the treatment of binge eating disorder with obesity: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* Vol 67:1897-906.
44. McElroy SL, Guerdjikova A, Kotwal R, et al (2007). Atomoxetine in the treatment of binge-eating disorder: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* Vol 68:390-8.
45. Mitchell JE, Swan-Kremeier L, Myers T (2007). Psychiatric Aspects of Bariatric Surgery. In Yager J and Powers PS editors. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc. P. 225-253.
46. Molina A, Vendrell J, Gutierrez C, Simon I, Masdevall C, Soler J, Gomez JM (2003). Insulin resistance, leptin and TNF-alpha system in morbidly obese women after gastric bypass. *Obes Surg*. Vol 13:615-621
47. Moral de la Rubia J (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *RESPYN* Vol 3(3)
48. Murphy R, Straeble S and Fairburn C (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin N Am* Vol 33:611-627
49. Napolitano M, Himes S (2011). Race, weight and correlates binge eating in female college students. *Eating Behaviors* Vol 12:29-36.
50. Neumark-Sztainer D, Story M (1998). Dieting and Binge Eating among adolescents: what do they really mean? *J Am Diet Assoc* Vol 98:446-450.
51. Niego S, Kofman M, Weiss F, Geliebter A (2007). Binge Eating in the Bariatric Surgery Population: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord* Vol 40:349–359.
52. Norris L (2007). Psychiatric Issues in Bariatric Surgery. *Psychiatr Clin N Am* Vol 30:717–738.
53. Peterson RE, Latendresse SJ, Bartholome LT, Warren CS and Raymond NC (2012). Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *Journal of Obesity* Vol 2012:1-8.

54. Petrovich GD, Holland PC, Gallagher M (2005). Amygdalar and prefrontal pathways to the lateral hypothalamus are activated by a learned cue that stimulates eating. *J Neurosci* Vol Sep 7:25(36):8295-302.
55. Petry N, Barry D, Pietrzak R and Wagner J (2008). Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine* Vol 70:288–297.
56. Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating and depression symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating behaviors* Vol 9:170-180.
57. Riener R, Schindler K, Ludvik B (2006). Psychosocial variables, eating behavior, depression, and binge eating in morbidly obese subjects. *Eating Behaviors* Vol 7:309–314.
58. Sarwer D, Thompson J, Cash T (2005). Body Imagen and Obesity in Adulthood. *Psychiatr Clin N Am* 28:69–87.
59. Scopinaro N, Marinari BM, Camerini G (2002). Laparoscopic standard biliopancreatic diversión: technique and preliminary results. *Obes Surg* 12:241-244.
60. Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria, Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad. México 2010.
61. Stefano SC, Bacaltchuck J, Blay SL, Appolinário JC (2008). Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: Systematic review and meta-analysis. *Eating behavior* Vol 9:129-136.
62. Striengel-Moore R, Dohm F, Kraemer H, Schreiber G, Taylor B, Daniels S (2007). Risk Factors for Binge-Eating Disorders: An Exploratory Study. *Int J Eat Disord* Vol 40:481–487
63. Striegel-Moore R, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F, Kraemer HC (2010). Cognitive-Behavioral Guided Self-Help for the Treatment of Recurrent Binge Eating. *J Consult Clin Psychol*. Vol June; 78(3): 312–321.
64. Stunkard A (1997). Eating Disorders: The Last 25 Years. *Appetite* Vol 29:181–190
65. Stunkard AJ (2003). A history of binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford; P. 15-34.
66. Stunkard A, Faith M and Allison K (2003). Depression and Obesity. *Biol Psychiatry* Vol 54:330-337
67. Volkow ND, Wang GJ, Baler RD (2011). Reward, dopamine and control of food intake: implications for obesity. *Trends in Cognitive Sciences*, January Vol. 15, No. 1.

68. Waller G (2022). The Psychology of Binge Eating. In: Fairburn CG and Brownell KD editors. *Eating Disorders and Obesity A comprehensive Handbook*. New York: Guilford P. 98-102
69. Wang GL, Geliebter A, Volkow ND, Telang FW, Logan J, Jayne MC, Galanti K, Seling PA, Han H, Zhu, Wong CT, Fowler JS (2011). Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)*. Vol Aug;19(8):1601-8.
70. Wilfrey DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al (2002): A Randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* Vol 59:713–721.
71. Wilfrey DE, Crow SJ, Hudson JI, et al (2008). Efficacy of sibutramine for the treatment of binge eating disorder: a randomized multicenter placebo controlled double-blind study. *Am J Psychiatry* Vol 165:51-8.
72. Williamson DA, Martin CK, Stewart J (2004). Psychological aspects of eating disorder. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Vol 18, no. 6 1073-1088.
73. Yanovski SZ (1993). Binge eating disorder: current knowledge. *Obes Res* 1:306-324.
74. Yanovski SZ, Sebring NG (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *Int J Eat Disord* Vol 15:135–150.

Anexos

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a ____ de _____ de 20____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “Prevalencia del Trastorno por Atracón en los pacientes postoperados de cirugía bariátrica” registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número R-2012-3601-29.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia del trastorno por atracón en pacientes postoperados de cirugía bariátrica.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas y cuestionarios sobre la salud mental y la calidad de vida en pacientes, postoperados de cirugía bariátrica.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador

Testigos

Anexo 2**2. Cuestionario Sociodemográfico**

Folio
1.- Nombre
2.- Numero de seguridad social Agregado
3.- Domicilio Calle: _____ No. Ext/No. Int. _____ Colonia: _____ C.P. _____ Entre que calles: _____ Ciudad: _____ Delegación o Municipio: _____ Teléfono _____
4.- Edad (años cumplidos)
5.- Fecha de nacimiento (día/mes/año)
6.- Lugar de origen (Donde nació)
7.- Lugar de residencia (Donde vive actualmente)
8.- Estado civil <input type="checkbox"/> 1 Soltero <input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Unión libre <input type="checkbox"/> 4 Viudo
9.- Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> 1 Completa <input type="checkbox"/> 2 Incompleta Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Completa <input type="checkbox"/> 4 Incompleta Preparatoria <input type="checkbox"/> 5 Completa <input type="checkbox"/> 6 Incompleta Universidad <input type="checkbox"/> 7 Completa <input type="checkbox"/> 8 Incompleta
10.- Religión <input type="checkbox"/> 1 Católica <input type="checkbox"/> 2 Cristiano <input type="checkbox"/> 3 Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> 4 Mormón <input type="checkbox"/> 5 Otro
11A. Cuenta con el antecedente de: <input type="checkbox"/> 1 Hipertensión <input type="checkbox"/> 2 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 3 Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> 4 Enfermedad renal <input type="checkbox"/> 5 Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> 6 Otra _____
11B. Tiempo de evolución de la enfermedad _____
11C. Medicamentos que actualmente toma _____
12.- ¿Usted labora actualmente? (no importa si es trabajo formal o informal) <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Sí
13.- ¿A qué se dedica actualmente? <input type="checkbox"/> 1 Estudiante <input type="checkbox"/> 2 Ama de casa <input type="checkbox"/> 3 Comerciante <input type="checkbox"/> 4 Empleado de oficina <input type="checkbox"/> 5 Empleado de fábrica <input type="checkbox"/> 6 Profesor <input type="checkbox"/> 7 Otro

14.- ¿Cuántas comidas hace al día?

1 Una 2 Dos 3 Tres 4 Cuatro 5 Cinco 6 Seis o mas

15.- ¿Sigue o tiene horarios para sus comidas?

1 No 2 Sí

16.- ¿Cómo entre comidas?

1 No 2 Si

17.- ¿Cuáles alimentos le gusta comer más entre comidas? (puede marcar más de una respuesta)

1 Fruta 2 Verduras 3 Pan Blanco 4 Pan dulce 5 Guisados

6 Chocolates 7 Papas 8 Dulces 9 Helado 10 Otros

18.- ¿Realiza ayunos?

1 No 2 Si

19.- ¿Cuántas horas ha pasado sin ingerir ningún alimento?

1 Menos de 6 horas 2 de 7 a 12 horas 3 de 13 a 24 horas 4 de 24 a 48hrs

5 mas de 48hrs

20.- ¿Ha realizado dietas durante su vida?

1 No 2 No

21.- ¿Cuántas dietas hace al año?

1 de 1 a 3 dietas 2 de 4 a 6 dietas 3 de 7 a 10 dietas 4 más de 10 dietas

22.- ¿Cuánto dura (tiempo) haciendo la dieta

1 menos de 1 semana 2 de 1 a 2 semanas 3 de 3 a 4 semanas 4 de 5 a 9 semanas

5 más de 10 semanas

23.- ¿Cuándo fue la última dieta que realizó?

1 Actualmente esta a dieta 2 Hace 1 mes 3 de 2 y 3 meses 4 de 4 a 6 meses

5 de 6 a 12 meses 6 más de un año

24.- ¿Restringe alimentos

1 No 2 Sí

25.- ¿Qué alimentos restringe? (puede seleccionar más de una respuesta)

<input type="checkbox"/> 1	Cereales	<input type="checkbox"/> 7	Leguminosas
<input type="checkbox"/> 2	Frutas	<input type="checkbox"/> 8	Carnes Blancas
<input type="checkbox"/> 3	Verduras	<input type="checkbox"/> 9	Carnes Rojas
<input type="checkbox"/> 4	Aceite/mantequilla	<input type="checkbox"/> 10	Leche
<input type="checkbox"/> 5	Aderezos	<input type="checkbox"/> 11	Huevo
<input type="checkbox"/> 6	Pan/harinas	<input type="checkbox"/> 12	Otros

26.- ¿Ha vomitado con la intención de bajar de peso?

1 No 2 Si

27.- ¿Vómitos por semana durante los últimos tres meses?

1 menos de 3/semana 2 de 3-5/semana 3 de 6 a 10/semana 4 más de 10/semana

28.- ¿Realiza actualmente ejercicio?

1 No 2 Si

29.- ¿Cuántas horas a la semana realiza el ejercicio?

1 1hr/semana 2 2-5hr/semana 3 6 a 10hrs/semana 4 11 a 14hrs/semana

5 más de 15hrs/semana

30.- ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

1 Caminata 2 Correr 3 andar en bicicleta 4 nadar 5 Pesas 6 Yoga

7 Aerobics 8 Otros

31.- ¿Ha usado en alguna ocasión productos o medicamentos para bajar de peso?

1 No 2 Si

32.- ¿Cuáles productos o medicamentos ha usado con la intención de bajar de peso? (puede marcar más de una respuesta)

1 Sibutramina 2 Orlistat 3 Metaboltonic 4 Metformina

5 Fajas de yeso 6 Jabones reductivos 7 Te de bailarinas 8 Geles reductivos

9 Enemas 10 Alcachofa 11 Redugrass 12 Laxantes

13 Diuréticos 14 Anfetaminas 15 otros _____

33.- ¿Cuántos litros de líquidos toma al día?

1 Menos de 1Lt 2 de 1 a 2 Lts 3 De 3 a 5 Lts 4 Más de 5 Lts

34.- ¿Qué tipos de líquidos consume principalmente?

1 Agua natural 2 Refresco 3 Leche 4 Aguas de frutas 5 Licor

6 Otros

35.- ¿Sabe contar calorías?

1 No 2 Si

36.- ¿Cuántas calorías se permite consumir al día?

37.- ¿Alguna vez ha fumando o actualmente fuma?

1 No 2 Si 37ª. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

38.- ¿Actualmente consume bebidas alcoholicas?

1 No 2 Sí

38ª. ¿Cada cuando consume bebidas alcohólicas?

1 Diario 2 Fines de semana 3 Menos de 3 veces al mes 4 Cada 6 meses
 5 Una vez al año 6 Otro: _____

39.- ¿Existen antecedentes de trastornos alimentarios en su familia

1 No 2 Sí

40.- Mencione que trastorno alimentario han tenido

1 Anorexia 2 Bulimia 3 Obesidad 4 TANE 5 Trastorno por atracón
 6 Otro _____

41.- Historial de peso

Peso máximo _____ A qué edad: _____

Peso mínimo _____ A qué edad: _____

Peso idealizado _____ (es el peso que a usted le gustaría tener)

Peso actual _____

Talla: _____ Fecha de la cirugía bariátrica: _____

IMC: _____

42.- ¿Se encuentra conforme con su imagen corporal?

1 No 2 Si

43.- ¿Ha llevado tratamientos (diferentes a dietas o toma de medicamentos) para bajar de peso?

1 No 2 Si ¿Cuáles? _____

44.- ¿En alguna ocasión ha recibido tratamiento psiquiátrico?

1 No 2 Si

45.- ¿Qué tipo de tratamiento psiquiátrico ha recibido?

1 Ansiedad 2 Depresión 3 Trastorno alimenticio

4 Consumo de alcohol u otras sustancias 5 Otro _____

PARTE I

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de enunciados, por favor contesta todas las preguntas, seleccionando con una "X" la opción que más se acerque a tu modo de actuar, te recordamos que la información que proporcionas es estrictamente confidencial.

Nombre: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____
 Fecha: _____

	Verdadero	Falso
1. Cuando huelo un bistec o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.	V	F
2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas o "picnics".	V	F
3. Habitualmente estoy tan hambrienta(o) que como más de tres veces al día.	V	F
4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más.	V	F
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta(o).	V	F
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso.	V	F
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aún cuando ya no estoy hambrienta(o).	V	F
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta(o), a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más.	V	F
9. Cuando me siento ansiosa(o), me encuentro a mi misma(o) comiendo	V	F
10*. La vida es demasiado corta para preocuparse por la dieta.	V	F
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo la cantidad de alimento en cada dieta más de una vez.	V	F
12. A menudo me siento tan hambrienta(o) que tengo que comer algo.	V	F
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también.	V	F
14. Tengo una buena idea del número de calorías de alimentos habituales.	V	F
15. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar.	V	F
16*. No me es difícil dejar algo en el plato.	V	F
17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta(o) porque me he acostumbrado a comer ha esa hora.	V	F
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no me están permitidas, conscientemente como menos durante un periodo de tiempo para compensarlo.	V	F
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta(o) como para comer yo también.	V	F
20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.	V	F
21*. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso.	V	F

Registro SEP-D.A. No: 03-2007-060410151900-01.

TFEQ

22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comérmelo inmediatamente.	V	F
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena(o) como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como.	V	F
24. Me pongo tan hambrienta(o) que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.	V	F
25*. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años.	V	F
26. Estoy siempre tan hambrienta(o) que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato.	V	F
27. Cuando me siento sola(o), me consuelo comiendo.	V	F
28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso.	V	F
29. Algunas veces me pongo muy hambrienta(o) al final de la tarde o por la noche.	V	F
30*. Como todo lo que quiero y cuando quiero.	V	F
31*. Aún sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo.	V	F
32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso.	V	F
33. No como algunos alimentos porque me engordan.	V	F
34. Estoy siempre lo bastante hambrienta(o) como para comer en cualquier momento.	V	F
35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura.	V	F
36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me descuido y como otros alimentos altos en calorías.	V	F

PARTE II

INSTRUCCIONES

Por favor, responde a las siguientes preguntas marcando con una X el número de la respuesta que consideras apropiada a tu caso.

37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?
 1) Raramente 2) Algunas veces 3) Habitualmente 4) Siempre
38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una variación de peso de 2kg.?
 1) En nada 2) Levemente 3) Moderadamente 4) Muchísimo
39. ¿Con que frecuencia sientes hambre?
 1) Sólo en las comidas 2) Algunas veces entre comidas 3) Frecuentemente entre comidas 4) Casi siempre
40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte porque no pudiste controlar tu ingestión?
 1) Nunca 2) Raramente 3) A menudo 4) Siempre
41. ¿Qué tan difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?
 1) Fácil 2) Levemente difícil 3) Moderadamente difícil 4) Muy difícil
42. ¿Qué tan consciente eres de lo que estás comiendo?
 1) Nada 2) Levemente 3) Moderadamente 4) Extremadamente
43. ¿Con qué frecuencia evitas abstenerte de comidas tentadoras?

TFEQ

- 1) Casi nunca 2) Rara vez 3) Habitualmente 4) Casi siempre
44. ¿Qué tan propensa(o) eres a comprar alimentos bajos en calorías?
- 1) No soy propensa(o) 2) Levemente propensa(o) 3) Moderadamente propensa(o) 4) Muy propensa(o)
45. ¿Comes normalmente enfrente de otros y a solas te atracas de comida?
- 1) Nunca 2) Raramente 3) A menudo 4) Siempre
46. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que comes?
- 1) No soy propensa(o) 2) Levemente propensa(o) 3) Moderadamente propensa(o) 4) Muy propensa(o)
- 47*. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta(o)?
- 1) Casi nunca 2) Rara vez 3) Por lo menos 1 vez por semana 4) Casi cada día
48. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer intencionalmente menos cuando tú quieres?
- 1) No soy propensa(o) 2) Levemente propensa(o) 3) Moderadamente propensa(o) 4) Muy propensa(o)
49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta(o)?
- 1) Nunca 2) Raramente 3) Algunas veces 4) Por lo menos 1 vez por semana
50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no restricción en la ingestión (comer todo lo que tu quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingestión y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma(o)?
- 0 Comer todo lo que tu quieras cuando tu quieras
 - 1 Habitualmente comer todo lo que tú quieras, cuando tú quieras
 - 2 A menudo comer todo lo que tú quieras, cuando tú quieras.
 - 3 Limitar la ingestión a menudo, pero a menudo también rendirse
 - 4 Habitualmente limitar la ingestión, raramente rendirse
 - 5 Limitar constantemente la ingestión, nunca rendirse
51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? "Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta "mañana".
- 1) No se me aplica 2) Se me aplica algo 3) Bastante buena descripción de mi 4) Me describe perfectamente

“GRACIAS”

Anexo 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK				
Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuando le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1.- BAI. Torpe o entumecido				
2.- BAI. Alocado				
3.- BAI. Con temblor en las piernas				
4.- BAI. Incapaz de relajarse				
5.- BAI. Con temor a que ocurra lo peor				
6.- BAI. Mareado, o que se le va la cabeza				
7.- BAI. Con latidos del corazón fuerte y acelerados				
8.- BAI. Inestables				
9.- BAI. Atemorizado o asustado				
10.- BAI. Nervioso				
11.- BAI. Con sensación de bloqueo				
12.- BAI. Con temblores en la mano				
13.- BAI. Inquieto, inseguro				
14.- BAI. Con miedo a perder el control				
15.- BAI. Con sensación de ahogo				
16.- BAI. Con temor a morir				
17.- BAI. Con miedo				
18.- BAI. Con problemas digestivos				
19.- BAI. Con desvanecimientos				
20.- BAI. Con rubor facial				
21.- BAI. Con sudores, fríos o calientes				

Anexo 5
**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
(21 ÍTEMS)**

Instrucciones:
A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados

Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.
1. Estado de ánimo <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos. <input type="radio"/> No me encuentro triste <input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido <input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena <input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro <input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas <input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal <input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida <input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio

<p>3. Sentimientos de fracaso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.) ○ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente ○ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena ○ No me considero fracasado ○ Veo mi vida llena de fracasos
<p>4. Insatisfacción</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya nada me llena ○ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo ○ Ya no me divierte lo que antes me divertía ○ No estoy especialmente insatisfecho ○ Estoy harto de todo
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A veces me siento despreciable y mala persona ○ Me siento bastante culpable ○ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable ○ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable ○ No me siento culpable
<p>6. Sentimientos de castigo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Presiento que algo malo me puede suceder ○ Siento que merezco ser castigado ○ No pienso que esté siendo castigado ○ Siento que me están castigando o me castigarán ○ Quiero que me castiguen
<p>7. Odio a sí mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy descontento conmigo mismo ○ No me aprecio ○ Me odio (me desprecio) ○ Estoy asqueado de mí ○ Estoy satisfecho de mí mismo
<p>8. Autoacusación</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No creo ser peor que otros ○ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal ○ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre ○ Siento que tengo muchos y muy graves defectos ○ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
<p>9. Impulsos suicidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo ○ Siento que estaría mejor muerto ○ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera ○ Tengo planes decididos de suicidarme ○ Me mataría si pudiera ○ No tengo pensamientos de hacerme daño
<p>10. Períodos de llanto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No lloro más de lo habitual ○ Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo ○ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo ○ Ahora lloro más de lo normal
<p>11. Irritabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más irritable que normalmente ○ Me irrito con más facilidad que antes ○ Me siento irritado todo el tiempo ○ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
<p>12. Aislamiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto ○ Me intereso por la gente menos que antes ○ No he perdido mi interés por los demás ○ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
<p>13. Indecisión</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones ○ Tomo mis decisiones como siempre

<ul style="list-style-type: none"> ○ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto ○ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
<p>14. Imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado ○ Me siento feo y repulsivo ○ No me siento con peor aspecto que antes ○ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
<p>15. Capacidad laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo trabajar tan bien como antes ○ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa ○ No puedo trabajar en nada ○ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo ○ No trabajo tan bien como lo hacía antes
<p>16. Trastornos del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como antes ○ Me despierto más cansado por la mañana ○ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir ○ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche ○ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme ○ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas ○ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas ○ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
<p>17. Cansancio</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Me canso más fácilmente que antes ○ Cualquier cosa que hago me fatiga ○ No me canso más de lo normal ○ Me canso tanto que no puedo hacer nada
<p>18. Pérdida de apetito</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He perdido totalmente el apetito ○ Mi apetito no es tan bueno como antes ○ Mi apetito es ahora mucho menor ○ Tengo el mismo apetito de siempre
<p>19. Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido peso últimamente ○ He perdido más de 2,5 kg ○ He perdido más de 5 kg ○ He perdido más de 7,5 kg
<p>20. Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas ○ Estoy preocupado por dolores y trastornos ○ No me preocupa mi salud más de lo normal ○ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
<p>21. Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estoy menos interesado por el sexo que antes ○ He perdido todo mi interés por el sexo ○ Apenas me siento atraído sexualmente ○ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo