

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI
“DR. BERNARDO SEPULVEDA”

TÍTULO

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO
ANTONIO DE MUCHA MACÍAS.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. MARTHA ALEJANDRA GARCÍA MARTÍNEZ

TUTOR PRINCIPAL:

DRA. LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA

CO-TUTOR:

DRA. IRMA SAU YEN CORLAY NORIEGA



CIUDAD DE MEXICO

FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE FIRMAS

**TÍTULO DE TESIS:
PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE
MUCHA MACÍAS.**



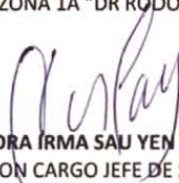
DOCTORA VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTOR JOSÉ JESÚS FAVILA BOJORQUEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



DOCTORA LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA
TUTORA CON CARGO MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A "DR RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACIAS"



DOCTORA IRMA SAU YEN CORLAY NORIEGA
CO-TUTORA CON CARGO JEFE DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

SIRELCIS

04/10/21 14:03



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3701.
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS 17 CI 09 014 056
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 018 2018100

FECHA Lunes, 04 de octubre de 2021

M.E. LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A "DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACIAS"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-3701-015

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ÍNDICE

1	RESUMEN DEL PROTOCOLO	5
2	MARCO TEORICO.....	7
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
4	JUSTIFICACIÓN	18
5	PREGUNTA DE INVESTIGACION	21
6	HIPOTESIS	21
7	OBJETIVO	21
8	PACIENTES Y MÉTODOS	21
9	RECURSOS E INFRAESTRUCTURA	22
10	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
11	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
12	CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
13	TAMAÑO DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
14	DEFINICION DE VARIABLES	27
15	CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
16	RESULTADOS.....	32
17	DISCUSIÓN.....	56
18	CONCLUSIÓN	59
19	REFERENCIAS.....	60
20	ANEXOS	64

1 RESUMEN DEL PROTOCOLO

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo II es un problema que incrementa la morbi-mortalidad. Las alteraciones de peso, mala adherencia terapéutica, dificultad para los cambios en el estilo de vida, poca motivación al cambio, baja autoestima, entre otros, se asocian a descontrol metabólico, y se consideran factor de riesgo para desarrollar trastornos alimenticios. Globalmente se reporta una prevalencia incrementada de trastornos alimenticios en estos pacientes, repercutiendo sobre los resultados de glucemia. Objetivo: Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital. Métodos: Se aplicarán una cédula sociodemográfica para el estudio, Escala para Trastorno por Atracón, Cuestionario del Comedor Nocturno y el Test de Bulimia de Edimburgo. Es un estudio observacional, transversal y descriptivo con riesgo mínimo de daño. Se incluyeron a todas las personas que cuentan con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 con afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social, mayores de 18 años de cualquier sexo que dieron su autorización mediante firma de consentimiento informado. Análisis estadístico: La información obtenida se analizó a través del paquete estadístico SPSS, versión 23. Resultados: Se analizó una muestra de 161 pacientes con una media de 51.5 años de los cuales el 65.2% fueron mujeres. Se estimó una prevalencia de 14.9% para bulimia nerviosa, 11.79% para trastorno por atracón y 4.3% para síndrome de comedor nocturno. Conclusiones: Los resultados obtenidos del estudio confirman lo que se ha ido describiendo en la literatura, que existe una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población con diabetes tipo 2.

1.DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE TELEFONO UNIVERSIDAD FACULTAD O ESCUELA CARRERA/ESPECIALIDAD No. DE CUENTA CORREO ELECTRÓNICO	GARCÍA MARTÍNEZ MARTHA ALEJANDRA 9511254800 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO Facultad de medicina Psiquiatría 519223598 alejandragarca7@outlook.com
2. DATOS DE LOS TUTORES	
TUTOR PRINCIPAL	DRA. LAURA PATRICIA ANGULO CAMARENA Especialidad en Psiquiatría. Adscripción: Médico no familiar adscrito al servicio de Psiquiatría Hospital General de Zona A 1 “Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías”. Teléfono (ext.) 55 91888136 FAX: Sin Fax. E-mail: galadriel_p@yahoo.com.mx
CO-TUTOR	DRA. IRMA CORLAY NORIEGA Especialidad en Psiquiatría. Adscripción: Jefa del servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI Teléfono (ext.) 01 55 5627 6900 Fax: Sin Fax. E-mail: irmacorlay@hotmail.com
3. DATOS DE LA TESIS	
TÍTULO No. DE PÁGINAS AÑO NÚMERO DE REGISTRO	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS. 76 páginas 2022 R-2021-3701-015

TÍTULO DE LA TESIS: PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS.

2 MARCO TEORICO

2.1 Aspectos generales en México y el mundo.

En México, cada año ocurren más de 60 mil muertes debido a la Diabetes Mellitus tipo 2, ocupando el primer lugar como causa de defunción a nivel nacional. La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónico-degenerativa que incrementa el riesgo de muerte prematura, así como la morbilidad de la población mexicana, dando como resultado un impacto negativo en la economía de quien la padece, su familia y la sociedad, ocasionando además una merma en la calidad de vida. La edad de presentación ronda entre los 20 y 79 años, sin embargo, en los últimos años se ha incrementado su prevalencia a edades cada vez más tempranas.

El término Diabetes Mellitus Tipo 2 se refiere a un conjunto de enfermedades sistémicas, crónico-degenerativas, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. La historia natural de la diabetes mellitus tipo II va precedida por periodos variables de trastornos subclínicos del metabolismo de la glucosa, que se clasifican como “glucemia alterada en ayuno” e “intolerancia a la glucosa”. Inicialmente se encuentra resistencia a la insulina e hiperinsulinemia, seguida de agotamiento de las células beta del páncreas y disminución de su producción de insulina, que puede ser total. Los criterios para realizar su diagnóstico son los siguientes:

- Concentración de glucosa plasmática en ayuno (posterior a 8 horas o más de ingesta no calórica) de 126 mg/dl (en ausencia de hiperglucemia la prueba debe ser repetida); o
- Concentración de glucosa plasmática igual o >200 mg/dl posterior a la ingesta de 75 gramos de una carga de glucosa oral matutina en ayuno de 8 horas, o
- Síntomas de hiperglucemia descontrolada (ej. Poliuria, polidipsia, polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria igual o >200 mg/dl, o
- Niveles de A1c de 6.5 o mayores, en laboratorio donde se utilice el método que está certificado por el Programa de Estandarización Nacional de Hemoglobina Glucosilada (NGSP) y estandarizado con el Estudio de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT). (1)

En 2016, la Ensanut MC 2016, identificó como factores de riesgo que se asociaron con diabetes la presencia de un alto IMC, hipertensión, colesterol alto, nivel socioeconómico medio y escolaridad, siendo el IMC elevado responsable de una proporción sustancial de la carga de enfermedad. A nivel global, el 36.5% de las muertes por diabetes son atribuidas a un IMC elevado, y en México el porcentaje atribuido sube a 51.8%. (2)(3) La elevada morbimortalidad de este padecimiento hace que su control sea la prioridad, lo que resulta complicado debido a múltiples factores que influyen como la mala adherencia al tratamiento, dificultad para seguir los cambios en el estilo de vida, poca motivación al cambio, baja autoestima que se puede relacionar con diversos padecimientos mentales.

2.2 Factores asociados al descontrol

Algunas medidas de intervención para el control de estas enfermedades consisten en lograr que la población tenga un IMC normal, la reducción de ingesta dietética de sodio, mejorar la adherencia al tratamiento y controlar comorbilidades como las dislipidemias, para lo cual el seguimiento de un adecuado plan de alimentación es imprescindible. Son necesarias estrategias de Salud pública para reducir los costos y brindar atención óptima a la población. (4)(5)

Las causas de un IMC elevado en la población mexicana son diversas, dentro de las cuales se encuentran diversos desórdenes de la alimentación. Se trata de padecimientos serios asociados a complicaciones médicas severas e incluyen la bulimia nervosa, trastorno por atracón y síndrome de comedor nocturno. Estos trastornos son frecuentes en sociedades en las que la apariencia y el peso son temas de preocupación. Más de la mitad de los individuos con obesidad padecen algún desorden de la conducta alimentaria, por lo que la obesidad se considera un factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio. (6)

Hasta ahora, la evidencia sugiere que existe una asociación entre la obesidad y padecer algún trastorno de la conducta alimentaria (particularmente trastorno por atracón). Dichas entidades podrían contribuir y/o exacerbar otras patologías, tal es el caso de la diabetes mellitus tipo II. En algunos estudios también se ha observado que existe influencia sobre los resultados del control glucémico dependiendo de la severidad del trastorno especialmente para el trastorno por atracón. (7)

2.3 Epidemiología

El trastorno por atracón tiene una prevalencia estimada en población general de 1-3%, siendo comórbido hasta en el 80% con otros trastornos psiquiátricos incluyendo trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de la alimentación. También se le ha asociado a un riesgo independiente de incremento de comorbilidad con diabetes e hipertensión. En la población con diabetes mellitus tipo 2 se ha proyectado una prevalencia de 1.4% a 25.6% con una relación directa con mayor índice de masa corporal. (8)(9)

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de enfermedades que comparten la alteración de los comportamientos relacionados con la alimentación, lo cual tiene un impacto negativo en el ámbito tanto físico como psicológico. El diagnóstico de diabetes mellitus II a edades cada vez más tempranas y la asociación de la diabetes mellitus con la obesidad, ha incrementado el interés por el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en esta población específica. A pesar de ello, existen pocos estudios a nivel mundial sobre prevalencia de dichos trastornos en población diabética y aún más que mencionen una relación entre su presencia y el descontrol metabólico. Varios autores que han estudiado trastornos de la conducta alimentaria en individuos con diabetes mellitus II, reportan altas tasas de estos desórdenes, pese a lo cual no existe una preocupación generalizada sobre esta problemática. (10). En España, por ejemplo, la prevalencia ronda entre 1-3% de población adolescente y adulta joven y hasta 5% cuando se considera solo a mujeres, siendo los más prevalentes bulimia nervosa y trastorno por atracón.

En otros estudios, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en comorbilidad con diabetes mellitus tipo II ronda entre el 2-40%, siendo el trastorno

por atracón el más frecuente entre el 2,5 y 25.6%, un caso curioso es que esta prevalencia parece estar directamente relacionada con el grado de obesidad. (11)

En una muestra de pacientes en Brasil de 40-65 años con diagnóstico de diabetes en tratamiento regular se encontró una prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria del 20%, siendo el más prevalente trastorno por atracón con el 10%, seguido de bulimia nerviosa 4.3% y 5.7% no especificados. Esto indica que existe una mayor prevalencia de esta problemática en población con diabetes mellitus tipo II comparada con la población general, lo que podría estar relacionado a la mala evolución de la patología de base, mala adherencia al tratamiento instaurado, baja autoestima y otros trastornos psiquiátricos comorbidos como depresión y ansiedad.

También ha encontrado una prevalencia incrementada de trastornos de la alimentación en población con diabetes tipo 1 y 2, coloquialmente conocida como “diabulimia”, que consiste en una administración inadecuada de insulina con el objetivo de controlar su peso corporal (restricción de insulina), además de otras conductas patológicas como restricción dietética, inducción de vómito y atracones.

(12) (13) Este trastorno se ha estudiado mejor en población con diabetes mellitus tipo 1, donde los aspectos que más incrementan el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria es el índice de masa corporal, dificultades para hacer frente a la afección a largo plazo, efecto de la diabetes en autoimagen e interacción familiares, además de la ganancia de peso provocada por el uso de insulina, siendo los más importantes la preocupación excesiva por la ganancia de peso y por perder peso. (14)

Tanto el trastorno por atracón como el síndrome del comedor nocturno han demostrado un impacto en el control metabólico en pacientes con DM2, encontrando un mayor riesgo de complicaciones metabólicas incluyendo HbA1c, presión arterial e índice de masa corporal a mayor severidad del trastorno evaluado con Binge Eating Questionnaire. (15) Por su parte, el síndrome del comedor nocturno, es poco comprendido en pacientes con condiciones metabólicas como la diabetes mellitus tipo 2, aunque se ha encontrado un incremento significativo en esta población incluyendo un incremento en niveles de Hb1Ac >7%. En algunos estudios que han examinado este síndrome en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la prevalencia oscila entre 8.4-12.4%. (16)

2.4 Trastornos de la conducta alimentaria

El trastorno por atracón se caracteriza por consumir una cantidad objetivamente grande de alimentos en un breve periodo de tiempo, acompañado de la sensación de pérdida de control y malestar. El DSM5 establece los siguientes criterios diagnósticos: Episodios recurrentes de atracones que consta de los dos hechos siguientes.

- A) Ingestión en un periodo determinado de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un periodo similar en circunstancias parecidas.
- B) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio.
- C) Estos episodios se asocian a tres o más de los hechos siguientes:
 - Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- Los atracones provocan un malestar intenso, ocurren al menos una vez a la semana durante tres meses y no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa. Se produce en personas con peso normal, sobrepeso y en personas con obesidad y se ha asociado frecuentemente al sobrepeso y obesidad en personas que buscan tratamiento, tienen mayor deterioro funcional, menor calidad de vida, mayor malestar subjetivo y mayor comorbilidad psiquiátrica.

Por otro lado, la bulimia nerviosa o nervosa, aunque también cursa con episodios de atracón, se caracteriza por las conductas compensatorias como a restricción ante la potencial ganancia de peso. Estos individuos suelen estar dentro del rango de peso normal o padecer sobrepeso, aunque es infrecuente en personas obesas. Los atracones frecuentemente inician durante o después de una dieta para perder peso, y la experiencia de varios acontecimientos estresantes pueden precipitar el inicio de la bulimia nerviosa. Los criterios clínicos para su diagnóstico son:

- Episodios recurrentes de atracones (descritos previamente)

- Comportamientos compensatorios inapropiados para evitar el aumento de peso, como el vómito auto provocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos, otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.
- Los atracones y comportamientos compensatorios inapropiados se producen al menos 1 vez a la semana durante tres meses.
- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa. (17)

Otro prominente trastorno alimenticio ampliamente relacionado con el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad es el síndrome del comedor nocturno o síndrome de la ingestión nocturna de alimentos, posiblemente asociado a una mayor ingesta calórica (25% o más). Este síndrome suele ser comórbido con trastornos del ánimo, ansiedad, otros trastornos de la conducta alimentaria, del sueño y trastornos por uso de sustancias, lo que puede tener implicaciones en el peso y manejo de la diabetes mellitus. Los síntomas cardinales de este desorden son la anorexia matutina, hiperfagia nocturna o ingesta nocturna de alimentos e insomnio. La hiperfagia vespertina se define como consumir el 25% de la ingesta diaria de alimentos después de la cena y/o dos episodios de ingesta nocturna a la semana (después de haber conciliado el sueño). (18)

Su prevalencia se estima en 1.5% e incrementa directamente en población psiquiátrica con un IMC elevado. Estudios sugieren que su prevalencia en población con diabetes es de 9.7% y además se observa un mal control metabólico denotado

por hemoglobinas glicosiladas A1C elevadas y dos o más complicaciones asociadas a la diabetes. Los criterios diagnósticos propuestos por el International Night Eating Symposium Diagnostic Criteria son:

A. El patrón diario de alimentación demuestra una ingesta significativamente mayor por la tarde y / o por la noche, como se manifiesta por uno o ambos de los siguientes:

1. Al menos el 25% de la ingesta de alimentos se consume después de la cena.
2. Al menos dos episodios de alimentación nocturna por semana.

B. Hay conciencia y recuerdo de los episodios de alimentación vespertina y nocturna.

C. El cuadro clínico se caracteriza por al menos tres de las siguientes características:

1. Falta de ganas de comer por la mañana y / o se omite el desayuno cuatro o más mañanas por semana.
2. Presencia de una fuerte necesidad de comer entre la cena y el inicio del sueño y / o durante la noche.
3. El insomnio de inicio y / o mantenimiento del sueño está presente cuatro o más noches a la semana
4. Presencia de la creencia de que uno debe comer para comenzar o volver a dormir

5. El estado de ánimo está frecuentemente deprimido y / o empeora por la noche

D. El trastorno está asociado con una angustia o deterioro significativo en el funcionamiento.

E. El patrón desordenado de alimentación se ha mantenido durante al menos 3 meses.

F. El trastorno no es secundario al abuso o dependencia de sustancias, trastorno médico, medicación u otro trastorno psiquiátrico. (19)

En comparación con controles sanos, las personas con síndrome del comedor nocturno consumen proporciones significativamente mayores de calorías después de la cena, despiertan más durante la noche y son más propensos a comer al despertar que los controles. Los alimentos más comúnmente elegidos son pan, sándwiches y golosinas. El padecimiento inicia en la adultez temprana o adolescencia tardía, con un curso crónico y fluctuante por exacerbaciones y remisiones. Las personas con síndrome del comedor nocturno son más propensas a padecer otro trastorno de la conducta alimentaria en comparación con la población general. (19)

Por otra parte, los criterios propuestos en el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales son:

Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de éstos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar.

Existe conciencia y recuerdo de la ingestión.

No se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales.

Causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento.

No se explica por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación. (17)

(20) (21) (22)

Por último, es necesario mencionar la importancia del estado emocional en la motivación y su contribución directa al control de comportamientos básicos entre los que se encuentra la alimentación. Existen emociones específicas que se han asociado a la respuesta alimentaria en todo su proceso desde la ingestión: motivación a comer, respuesta emocional a los alimentos, elección del alimento, velocidad de ingestión, cantidad ingerida, así como del metabolismo y digestión. Las emociones pueden incrementar la cantidad ingerida de alimentos o disminuirla en diferentes grupos de personas, además, diferentes emociones pueden tener diferentes efectos en la alimentación. Las emociones comúnmente negativas se han asociado a trastornos específicos de la alimentación como el trastorno por atracón.

(23) (24) (25)

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes, es una enfermedad multifactorial que se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población tanto a nivel mundial

como a nivel nacional. A lo largo de los años, se han identificado múltiples comorbilidades relacionadas a la mala evolución de dicho padecimiento entre los que destacan la obesidad y trastornos depresivos, sin embargo, hasta la actualidad son pocos los estudios a nivel mundial que hablen sobre la relación que existe entre la diabetes y los trastornos de la conducta alimentaria. La revisión de la literatura sobre esta situación, nos muestra que existe una prevalencia incrementada de trastornos de la conducta alimentaria en esta población en comparación con población general, siendo los más prevalentes trastorno por atracón, síndrome del comedor nocturno y bulimia nerviosa, además, estos trastornos se han relacionado frecuentemente con un mayor índice de masa corporal lo cual contribuye al descontrol metabólico de estos pacientes conllevando a complicaciones médicas de esta enfermedad. Es comprensible entonces que su mayor prevalencia nos sugiera la necesidad de una búsqueda intencionada de dichos padecimientos como parte del abordaje multidisciplinario en primer nivel de atención para así normar la conducta apropiada. De lo anterior surge la duda de que si estas cifras reportadas en diferentes partes del mundo, puedan ser aplicables para nuestra población con diabetes mellitus tipo 2.

4 JUSTIFICACIÓN

4.1 Impacto social

Se sabe que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico degenerativa, que tiene un impacto negativo a nivel sistémico y cuya evolución dependerá principalmente de otros factores, sin embargo, con el tratamiento adecuado que no solamente es farmacológico sino que incluye modificaciones en el estilo de vida y

estabilización de comorbilidades, es posible minimizar el riesgo de complicaciones y llevar una vida normal con calidad, logrando metas tanto en lo laboral como en lo familiar y social, lo cual también disminuye los costos de atención de servicios de salud para estos pacientes.

De acuerdo, a lo ya revisado en el marco teórico en lo referente a prevalencia, comorbilidades e impacto económico, tanto a nivel mundial como nacional, la diabetes mellitus tipo 2 se encuentra dentro de las primeras causas de incapacidad, con repercusión en la economía nacional, ya sea por el gasto que se requiere para la atención, como el pago de incapacidades en población laboralmente activa.

Por los antecedentes encontrados, se sabe que son muchos los factores que se relacionan al mal control de este padecimiento, y aunque poco descritos, los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran con una mayor prevalencia con respecto a la población general, lo cual contribuye a un menor apego al tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas de la Diabetes Mellitus Tipo 2 debido tanto a factores psicológicos como fisiológicos. En nuestro país no se han encontrado estudios de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población con diabetes, sin embargo, se piensa que podría ser similar o incluso mayor que las reportadas por otros países. Su tratamiento específico podría constituir con alcanzar las metas internacionales de control metabólico además de mejoraría de la calidad de vida del paciente y se reduciría la demanda de atención especializada para atención de complicaciones por descontrol metabólico.

4.2 Impacto académico

A la luz de este nuevo conocimiento, se podrá visibilizar esta problemática que hasta la actualidad ha sido de poca relevancia para la comunidad médica. Con el conocimiento de que existe una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, se podrían plantear estudios de asociación con el descontrol metabólico y si existe una relación causal entre estos trastornos y el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, además, será posible justificar que se incluya la atención en salud mental como parte importante del tratamiento multidisciplinario de la diabetes mellitus tipo 2 e incluso desarrollar programas específicos como grupos de apoyo por profesionales de la salud mental. Con lo comentado se le dará una visión más integral al manejo de estos padecimientos, logrando impacto en el aprendizaje médico, que de ser favorable acorde a la hipótesis y responder la pregunta de investigación de forma afirmativa, obtendríamos un conocimiento aplicable al manejo de los pacientes diabéticos en beneficio de ellos.

4.3 Desarrollo de otros estudios

En el presente estudio, se determinaría si efectivamente existe una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población con diabetes mellitus tipo 2 y con dicha información, plantear si existe una relación de causalidad entre su presencia y un mayor descontrol metabólico o la presencia de complicaciones derivadas del descontrol, además de plantearnos la posibilidad de que exista una relación causal entre la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 a largo plazo. En este mismo sentido, podríamos preguntarnos si el tratamiento de estos trastornos consigue un

mejor cumplimiento de las metas metabólicas y si disminuye el riesgo de complicaciones o mortalidad a largo plazo en esta población.

5 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías?

6 HIPOTESIS

- Existe una prevalencia superior al 25% de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías.

7 OBJETIVO

Determinar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías.

8 PACIENTES Y MÉTODOS

8.1 Población o universo de estudio, lugar y periodo.

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que sean atendidos en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías, en el periodo de septiembre 2021 a febrero 2022, el cual de acuerdo al reporte de prevalencia de pacientes con diabetes mellitus del 2018 es de 87,031, dicha cifra se consideró debido a que desde finales del 2019 y durante el 2020, la población con diabetes mellitus tipo 2 atendida

en este hospital ha disminuido por la situación de pandemia mundial en la cual se decidió prestar atención médica principalmente a pacientes con COVID-19.

8.2 Plan de trabajo.

Para la inclusión de pacientes al estudio, se reclutarán los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentren recibiendo atención por cualquier motivo en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías.

Se les explicará en que consiste el estudio y se solicitará su participación con su autorización con la firma de consentimiento informado si está de acuerdo.

Se procederá a la aplicación de cedula de registro única para el estudio y Escala para Trastorno por Atracón (BES), Cuestionario del Comedor Nocturno (NEQ) y el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE) para realizar diagnóstico de trastorno por atracón, síndrome del comedor nocturno y bulimia nerviosa.

9 RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Se reclutarán los pacientes en el área de consulta externa que cumplan con los criterios de selección.

9.1 Recursos humanos:

- Tutor principal: Dra. Laura Patricia Angulo Camarena
- Investigador: Dra. Martha Alejandra García Martínez
- Aplicador de escalas: Dra. Martha Alejandra García Martínez
- Recolector de datos: Dra. Martha Alejandra García Martínez

9.2 Recursos físicos:

- Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías

9.3 Materiales:

- Cuestionario de Cédula Sociodemográfica de registro único para el estudio
- Consentimiento informado
- Escala de trastorno por atracón (BES)
- Cuestionario del comedor nocturno (NEQ)
- Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
- Computadora laptop
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas blancas, una tabla que sirva de soporte.

9.4 Recursos financieros:

- Los gastos que se generen de este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador

10 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez aplicadas las escalas serán calificadas por el médico residente de acuerdo a los puntos de corte correspondientes para cada escala y los resultados serán recolectados en una base de datos en Excel. Se utilizará únicamente un código numérico para identificar al paciente y contactarlo en caso de que éste haya dado

su consentimiento de recibir el resultado y haya proporcionado un método para ser contactado.

11 DISEÑO DEL ESTUDIO

11.1 Tipo de investigación

Descriptivo

11.2 Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo.

12 CRITERIOS DE SELECCIÓN

12.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Edad de mayores de 18 años.
- Ambos sexos.
- Firmen consentimiento informado.

12.2 Criterios de Exclusión:

- Presencia de psicosis.
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual o trastorno cognitivo mayor (demencia).
- Pacientes con discapacidad auditiva o visual que les impidan contestar las encuestas.

13 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

13.1 Tamaño de muestra y tipo de muestreo

Se realizará un muestreo probabilístico para población finita con un 95% de confianza, un error muestral deseado del 5%. Realizando la sustitución de los datos en la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Donde:

N: es el tamaño de la población o universo

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos.

e: es el error muestral deseado.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-p.

n: es el tamaño de la muestra

13.2 Valores de sustitución de la fórmula:

Para la sustitución de la fórmula, se tomó en cuenta los datos estadísticos de la atención de pacientes con DM2 del departamento de epidemiología del Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías.

N: 87,031

k: 1.96

e: 5%

p: 25%

q: 75%

n: 287

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.25 * 0.75 * 87,031}{(0.05^2 * (87,031-1)) + 1.96^2 * 0.25 * 0.75}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.25 * 0.75 * 87,031}{(0.0025 * (87,031-1)) + 3.8416 * 0.25 * 0.75}$$

$$n = \frac{62,688.42}{(217.57) + 0.7203}$$

$$n = \frac{62,688.42}{218.29}$$

$$n = 287.17 = 287$$

13.3 Tamaño de la muestra.

Posterior a aplicar la formula estadística para poblaciones finitas se obtuvo una muestra de 287 pacientes.

13.4 Análisis estadístico.

La información obtenida se analizará a través del paquete estadístico SPSS, versión 23.0.

Las variables cualitativas se analizarán con frecuencias y porcentajes.

Las variables cuantitativas a través de medidas de tendencia central y dispersión.

14 DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES PRINCIPALES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable.	Escala de medición.	Unidad de medición.
Diabetes mellitus tipo 2	Se refiere a un conjunto de enfermedades sistémicas, crónico-degenerativas, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Concentración de glucosa en ayuno de 126 mg/dl; o Síntomas de hiperglucemia descontrolada (ej. Poliuria, polidipsia, polifagia) y una concentración de glucosa plasmática aleatoria igual o >200 mg/dl, o Niveles de A1c de 6.5 o mayores.	Se tomara el diagnóstico de diabetes en el paciente previamente emitido por su médico tratante.	Cualitativa	Nominal	Si o No
Trastorno por atracón	El trastorno por atracón es un trastorno alimentario que se caracteriza por la ingesta repetida de cantidades inusuales de comida (atracción) acompañada de una sensación de pérdida de control durante el atracón y	Se considerará el diagnóstico de trastorno por atracón si al contestar la Escala de Trastorno por Atracción (BES), se obtiene un puntaje igual o superior a 18 puntos.	Cuantitativa	De razón	Sin atracón: 0-17 puntos Atracón moderado: 18 – 26 puntos Atracón severo: 27 puntos o más

	después de este. El atracón no va seguido de ningún intento de compensar el exceso de comida ingerida, como por ejemplo eliminando del organismo el exceso de comida ingerida.				
Bulimia nerviosa	Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un periodo corto de tiempo con la sensación de pérdida de control (atracones). Esto se une a una preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo cual le puede llevar a utilizar métodos para evitar el aumento de peso.	Se considerará el diagnóstico de bulimia nerviosa si al contestar el Test de Bulimia de Edimburgo (BITE), se obtiene un puntaje igual o superior a 15 puntos.	Cuantitativa	De razón	<10: ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida. 10-14: patrones alimentarios anormales (no necesariamente bulimia nerviosa). 15-20: bulimia nerviosa subclínica. >20: patrón de comportamiento muy alterado, bulimia nerviosa.
Síndrome del comedor nocturno	Se llama Síndrome del comedor nocturno a un trastorno de la alimentación que consiste en desarrollar un patrón de conducta en el cual se come una gran cantidad de calorías luego de la cena.	Se considerará con diagnóstico de síndrome del comedor nocturno si al contestar el Cuestionario del Comedor Nocturno (NEQ), se obtiene un puntaje igual o superior a 30 puntos.	Cuantitativa	De razón	30 o más puntos
VARIABLES SECUNDARIAS					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Años cumplidos al momento de la participación en el estudio.	Cuantitativa	De razón	Se medirá en años.
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Género al que pertenece una persona.	Cualitativa	Nominal	Masculino o Femenino
Ocupación	Ocupación es un término que proviene del latín occupatio y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una	Se describirá la actividad laboral que realiza el paciente.	Cualitativa	Nominal	Comerciante, Empleado, Estudiante, ama de casa, empresario, jubilado, pensionado, Otras y Ninguna

	vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer				
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender.	Se tomara el grado académico máximo terminado.	Cualitativa	Nominal	Preescolar, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, carrera técnica, licenciatura, ingeniería, maestría, doctorado.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Se describirá la situación acorde a registro civil en la cual se encuentra el paciente	Cualitativa	Nominal	Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Se describirá la creencia religiosa que practique el paciente en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Católica, cristiana, ateo, agnóstico, testigo de Jehová, mormón, otras.
Antecedentes psiquiátricos	Registro de trastornos médicos emitidos por un médico especialista en psiquiatría.	Interrogatorio directo al paciente sobre trastornos médicos psiquiátricos previos.	Cualitativa	Nominal	Depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno bipolar,
Tratamientos psiquiátricos previos	Registro de tratamientos médicos indicados o prescritos por un especialista en psiquiatría.	Interrogatorio directo al paciente sobre tratamientos psiquiátricos previos.	Cualitativa	Nominal	Benzodiacepinas, antidepresivos (tricíclicos, IMAO, ISRS, Duales), Anticomociales, Antipsicóticos, otros.
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Se tomaran las enfermedades que se encuentren en conjunto con Diabetes en los pacientes.	Cualitativa	Nominal	Hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, obesidad, otros
Peso	Se refiere a la fuerza con la que la tierra atrae un cuerpo por acción de la gravedad.	Se considerará el último peso conocido por el paciente.	Cuantitativa	Continua	Kilogramos y gramos

Talla	Se refiere a la estatura de una persona medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Se tomará el último registro de talla conocido por el paciente.	Cuantitativa	Continua	Metros y centímetros
Índice de Masa Corporal	El índice de masa corporal (IMC) es el producto de dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros (kg/m ²), es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el peso en bajo, normal, sobrepeso y la obesidad en adultos.	Se realizará el cálculo del índice de masa corporal basándonos en el peso dado por el paciente dividido por el cuadrado de la talla en metros.	Cuantitativa	De razón	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad
Consumo de sustancias tóxicas y adictivas	Se refiere al consumo de sustancias capaces de generar abuso y dependencia. Una sustancia que actúa predominantemente sobre el sistema nervioso central ocasionando cambios en el estado de ánimo y de la conciencia de la persona.	Se tomara en cuenta el consumo de sustancias tóxicas o adictivas.	Cualitativas	Nominal	Alcohol, Tabaco, Marihuana, Cocaína, Inhalables, Anfetaminas, otros.
Tratamiento antidiabético	Medicamento usado para reducir los niveles de glucosa en sangre, por lo que se indica en el tratamiento de la diabetes mellitus.	Medicamentos indicados por un médico como tratamiento para diabetes mellitus del paciente.	Cualitativa	Nominal	Metformina, acarbose, insulina, glibenclamida, pioglitazona, otros.

15 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se llevará a cabo de acuerdo a las regulaciones éticas internacionales para la investigación en seres humanos, como la declaración de Helsinki, informe Belmont, código de Núremberg y acorde a lo establecido a nivel nacional en el reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación.

Cumplimos con lo establecido en el código de Núremberg al respetar la autonomía del paciente de tomar la decisión de manera voluntaria para participar en el estudio, además de poder retirarse de el en el momento que el paciente lo desee, teniendo la finalidad de obtener un beneficio para el paciente participante y los resultados puedan ser aplicables al resto de la población.

Respetamos el informe de Belmont, ya que se cumplen los cuatro principios éticos universales, establecidos en el documento ya mencionado: Beneficencia y no maleficencia, buscando siempre el beneficio de los participantes, en este caso se buscará la existencia de un trastorno de la conducta alimentaria y en caso de presentarlo, se le brindará la información apropiada en torno a las medidas a implementar ante esta problemática. Cumplimos con el principio de autonomía o respeto a las personas permitiendo su libre decisión de firmar de manera voluntaria el consentimiento informado, a su vez el paciente recibe información completa y explicación de esta de manera comprensible. En cuanto al principio de justicia se respeta por la inclusión de todos los pacientes que se encuentran recibiendo atención por cualquier motivo del Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías, quienes deben cumplir con los criterios establecidos en la parte de metodología del presente estudio.

Se respeta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008: Al cumplir con los puntos de

valorar riesgo, costo y beneficio, privacidad y confidencialidad, firma de consentimiento informado.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, Título Segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: Disposiciones Comunes, en el artículo 17: para la clasificación del riesgo de investigación en seres humanos, se establece que se trata de una investigación con riesgo mínimo debido al riesgo de datos a través de la aplicación de cuestionarios para diagnóstico de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria.

Solicitando aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación correspondiente.

16 RESULTADOS

Se incluyó una N de 161 pacientes con diabetes tipo II en el estudio, con edades que van desde 17 años como mínimo hasta 85 años como máximo, con una media de 60.2 años de edad y Desviación Estándar de 15.09 años, con una media de 51.52 años, de los cuales 56 fueron hombres con un porcentaje de la muestra de 34.8% y 105 mujeres con un 65.2% y se representan en las tablas 1.1 y 1.2

Tabla 1.1 Edad

	Min-Max	DE	Media
Edad	17-85 años	15.09	51.52

Tabla 1.2 Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	56	34.8
Femenino	105	65.2
Total	161	100.0

En cuanto a la escolaridad reportada por los participantes se encuentran 7 personas que saben leer y escribir, 27 participantes con nivel de primaria, en cuanto a secundaria fueron 19 participantes, 21 con estudios de preparatoria/bachillerato, 18 realizaron estudios en carreras técnicas, 58 cuentan con licenciatura, y únicamente 11 con posgrado, los cuales están representados en la tabla 1.3.

Tabla 1.3 Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Sabe leer y escribir	7	4.3
Primaria	27	16.8
Secundaria	19	11.8
Preparatoria	21	13.0
Licenciatura	58	36.0
Carrera técnica	18	11.2
Posgrado	11	6.8
Total	161	100.0
Tala 1.4 Estado civil		
Casado	92	57.1
Unión libre	16	9.9

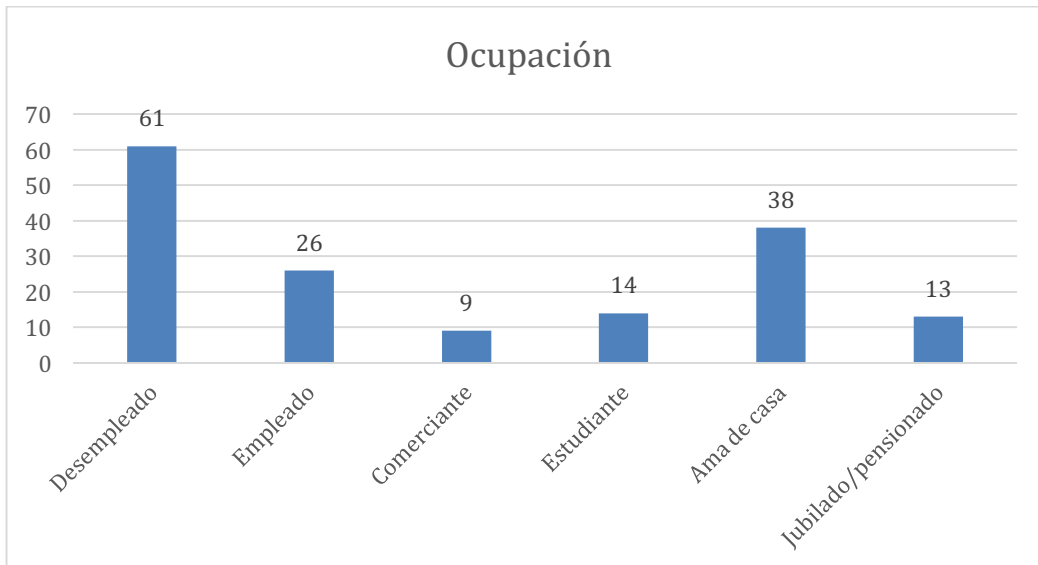
Divorciado	7	4.3
Viudo	11	6.8
Total	161	100.0

En lo referente al estado civil la mayor parte de los sujetos estudiados se reportan casados, siendo en total 92, 35 participantes son solteros, 16 se encuentran viviendo en unión libre, 7 son divorciados y 11 participantes son viudos, se representan en la tabla 1.4.

Continuando con las variables correspondientes a la ocupación se reportó que 61 participantes son desempleados, 9 de ellos son comerciantes, 26 son empleados, trabajadores del hogar son 38, y los restantes son 13 jubilados y pensionados, lo cual se encuentra representado en la tabla 1.5.

Tabla 1.5 Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	61	37.9
Empleado	26	16.1
Comerciante	9	5.6
Estudiante	14	8.7
Ama de casa	38	23.6
Jubilado/pensionado	13	8.1
Total	161	100.0



Referente a la religión reportada por los participantes se describen mayormente sin religión siendo 124 individuos de la muestra, correspondiendo al 77%, el resto de los evaluados reportaron 33 pertenecer a la religión católica, 3 a la cristiana y 1 a otra religión. Dichos datos se encuentran representados en la tabla 1.6.

Tabla 1.6 Religión

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	124	77.0
Católica	33	20.5
Cristiana	3	1.9
Otra	1	.6
Total	161	100.0

De los 161 pacientes se recabó su peso y talla tanto de reportes de enfermería, información de su cartilla nacional de salud y autoreporte, encontrando un peso

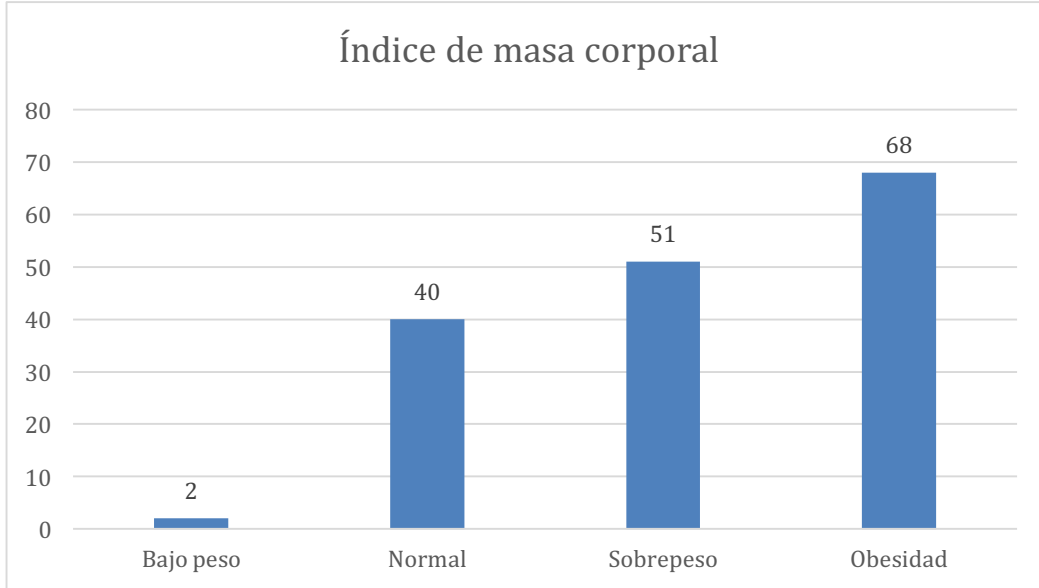
mínimo de 39 kg, máximo de 142 kg con una media de 78.04 kg y una desviación estándar de 18.39; en relación a la talla, la mínima fue de 1.40m, máxima de 1.84m, con una media de 1.61m y una desviación estándar de 0.84, como se observa en la tabla 1.7, con lo que se estimó el índice de masa corporal que según la OMS 2 pacientes cursaron con bajo peso, 40 con peso normal, 51 con sobrepeso y 68 con obesidad que corresponden a la mayor proporción de la muestra con 42.2% que se muestra en la tabla 1.8.

Tabla 1.7 Peso y talla

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Peso	39.00 Kg	142.00 Kg	78.0461	18.39567
Talla	1.40 M	1.84 M	1.6189	.08431

Tabla 1.8 Índice de Masa Corporal

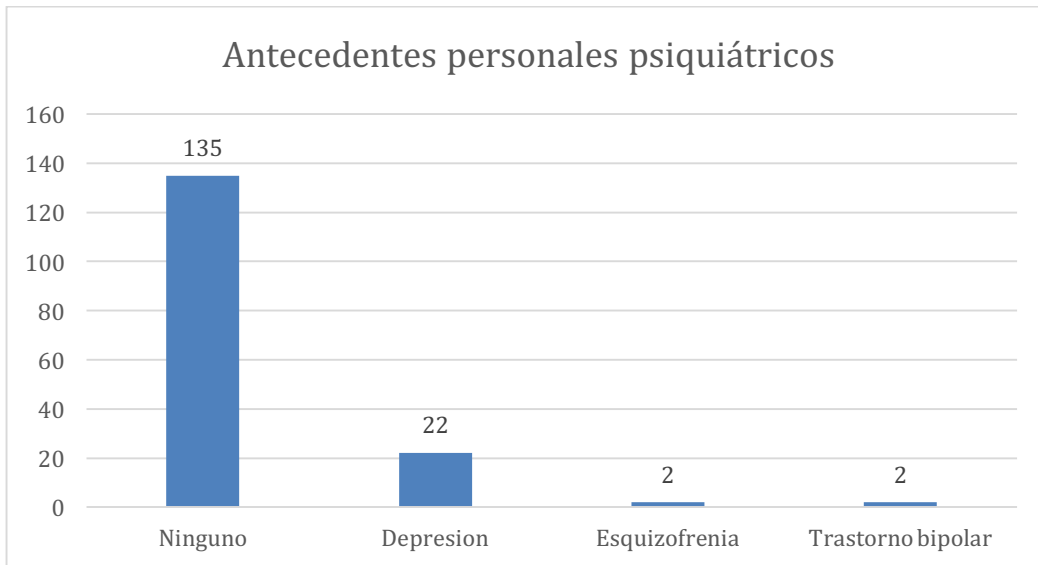
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	2	1.2
Normal	40	24.8
Sobrepeso	51	31.7
Obesidad	68	42.2
Total	161	100.0



En cuanto a los antecedentes personales psiquiátricos solo 22 pacientes referían depresión, 2 con esquizofrenia, 2 con trastorno bipolar y la mayor proporción de 135 con el 83.9% negaron tener algún padecimiento psiquiátrico previamente establecido, dichos datos se representan en la tabla 1.9.

Tabla 1.9 Antecedentes Personales Psiquiátricos

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	135	83.9
Depresión	22	13.7
Esquizofrenia	2	1.2
Trastorno bipolar	2	1.2
Total	161	100.0



A pesar de lo anterior, se refirió el antecedente de medicamentos con los siguientes benzodiazepinas 8 pacientes, y 8 con antecedente de tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, en su mayor parte 145 participantes que corresponde al 90.1%, refirió nunca haber consumido algún medicamento de tipo psicofármaco, esto se representa en la tabla 1.10.

Tabla 1.10 Antecedente de Tratamiento Psicofarmacológico

	Frecuencia	Porcentaje
Benzodiazepinas	8	5.0
ISRS	8	5.0
Ninguno	145	90.1
Total	161	100.0

En cuanto a la variable analizada de las comorbilidades que refirieron los participantes se encuentran hipertensión arterial sistémica con un porcentaje de

34.8%, el cual corresponde a 56 participantes, del resto de los participantes 8 refirieron padecer obesidad, y 97 pacientes que representan 60.2% refirieron no tener ninguna comorbilidad, lo cual se refiere en la tabla 1.11.

Tabla 1.11 Comorbilidad

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	97	60.2
Hipertensión	56	34.8
Obesidad	8	5.0
Total	161	100.0

De los 161 participantes, solo 2 se encontraban en un plan de alimentación que a sí mismo refirieron tener adherencia al mismo y 159 negaron encontrarse en un régimen alimenticio representando el 98.8%, como se muestra en la tabla 1.12 y 1.13.

Tabla 1.12 Plan de alimentación

	Frecuencia	Porcentaje
No	159	98.8
Si	2	1.2
Total	161	100.0

Tabla 1.13 Adherencia a plan de alimentación

	Frecuencia	Porcentaje
Válido No	159	98.8
Si	2	1.2
Total	161	100.0

En relación al consumo de sustancias, únicamente se reportó el consumo de alcohol en 72 pacientes con un porcentaje de 44.7%, y tabaco 32 participantes con un 19.9%. 89 participantes negaron el consumo de alcohol y 129 el consumo de tabaco como se ve en las tablas 1.14 y 1.15.

Tabla 1.14 Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Si	72	44.7
No	89	55.3
Total	161	100.0

Tabla 1.15 Tabaco

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Si	32	19.9
No	129	80.1
Total	161	100.0

En esta muestra se encontró que el 65.2% mostraron ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida según el Test de Bulimia de Edimburgo, 14.9% con patrones alimentarios anormales, 5% con posible bulimia nerviosa subclínica y 14.9% con posible bulimia nerviosa (tabla 1.16). En relación a la gravedad de la sintomatología 80.1% eran de severidad no grave, 14.9 con gravedad significativa y 5% gran gravedad como lo muestra la tabla 1.17.

Tabla 1.16 Test de Bulimia de Edimburgo

	Frecuencia	Porcentaje
Válido Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	105	65.2
Patrones alimentarios anormales	24	14.9
Posible bulimia nerviosa subclínica	8	5.0
Posible bulimia nerviosas	24	14.9
Total	161	100.0

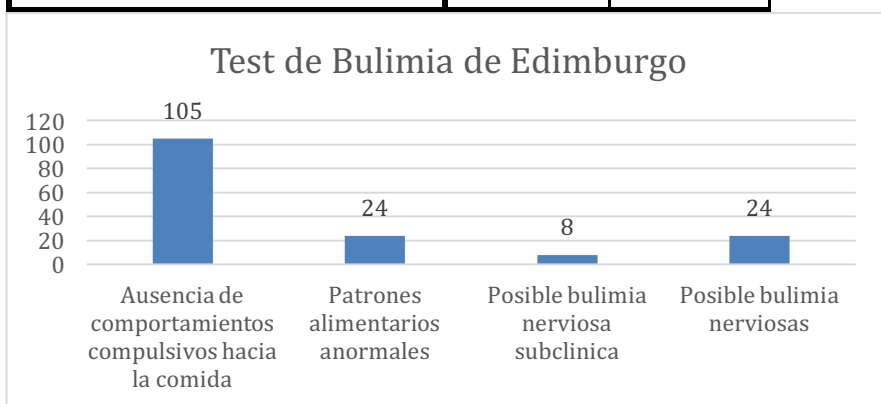
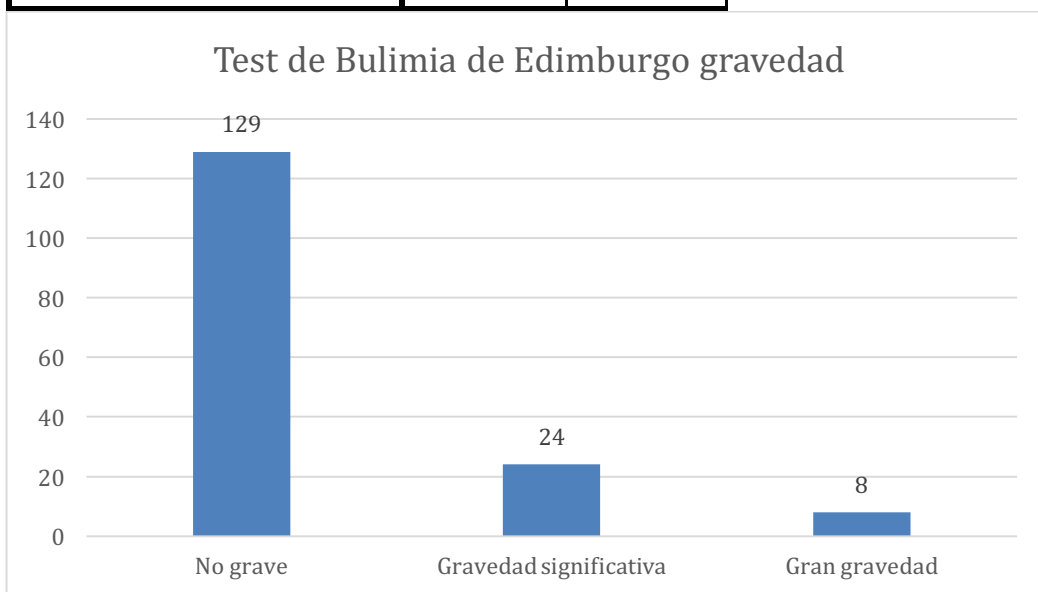


Tabla 1.17 Test de Bulimia de Edimburgo gravedad

	Frecuencia	Porcentaje
Válido No grave	129	80.1
Gravedad significativa	24	14.9
Gran gravedad	8	5.0
Total	161	100.0



A continuación, en tabla 1.18, se contrasta la edad con los resultados obtenidos de la Escala de Bulimia de Edimburgo, encontrando la presentación de patrones alimentarios anormales con mayor frecuencia entre los 31 y 50 años; para la posibilidad de bulimia nerviosa subclínica se ubica con mayor frecuencia en los grupos entre 41 y 60 años y para posible bulimia nerviosa entre los 41 y 70 años. En la tabla 1.19 por grupos de sexo, los mayores valores clínicos se ubicaron en mujeres.

Tabla 1.18

Tabla cruzada edad y Escala de Bulimia de Edimburgo										
Edad	Escala de Bulimia de Edimburgo									
	Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida		Patrones alimentarios anormales		Posible bulimia nerviosa subclínica		Posible bulimia nerviosa		Total	
	Entero	%	Entero	%	Entero	%	Entero	%	Entero	%
11-20	1	0.62	0	0	0	0	1	0.62	2	1.24
21-30	11	6.83	1	0.62	1	0.62	2	1.24	15	9.31
31-40	9	5.59	8	4.96	1	0.62	3	1.86	21	13.04
41-50	19	11.80	5	3.10	2	1.24	5	3.10	31	19.25
51-60	36	22.36	3	1.86	3	1.86	7	4.34	49	30.43
61-70	15	9.31	3	1.86	1	0.62	5	3.10	24	14.90
71-80	11	6.83	3	1.86	0	0	1	0.62	15	9.31
81-90	3	1.86	1	0.62	0	0	0	0	4	2.48
Total	105	65.21	24	14.90	8	4.96	24	14.90	161	100

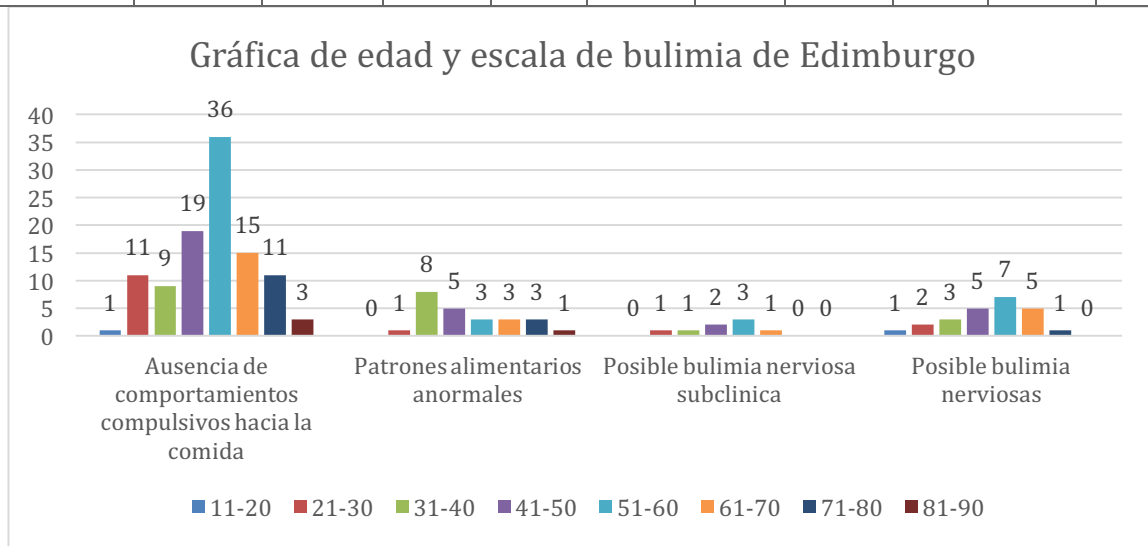
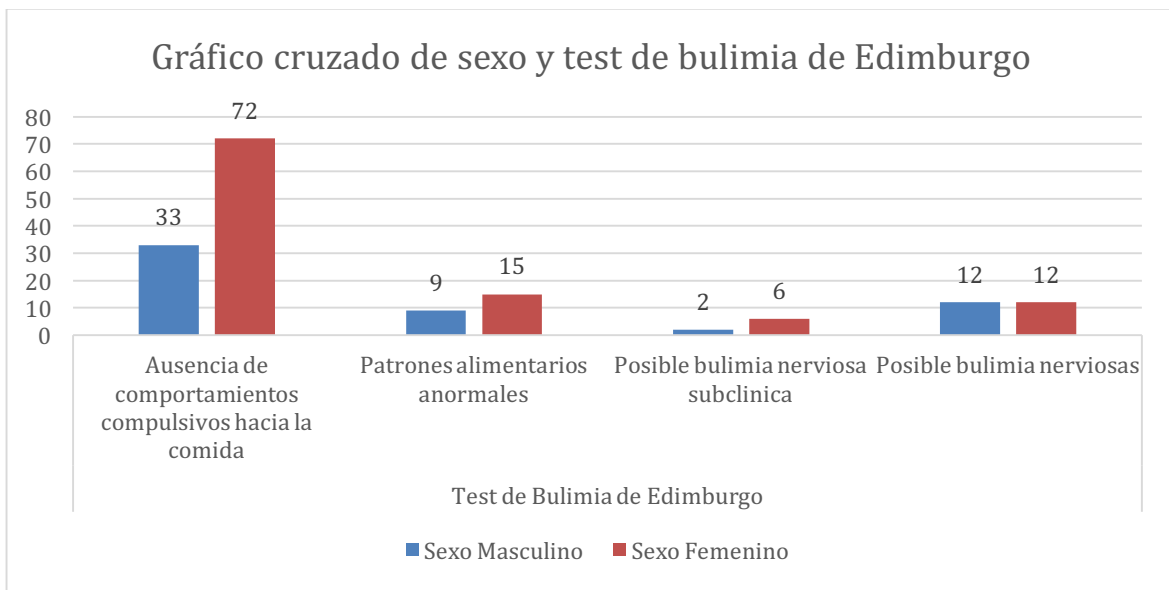


Tabla 1.19 cruzada Sexo y Test de Bulimia de Edimburgo

		Test de Bulimia de Edimburgo				Total
		Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	Patrones alimentarios anormales	Posible bulimia nerviosa subclínica	Posible bulimia nerviosa	
Sexo	Masculino	33	9	2	12	56
	Femenino	72	15	6	12	105
	Total	105	24	8	24	161



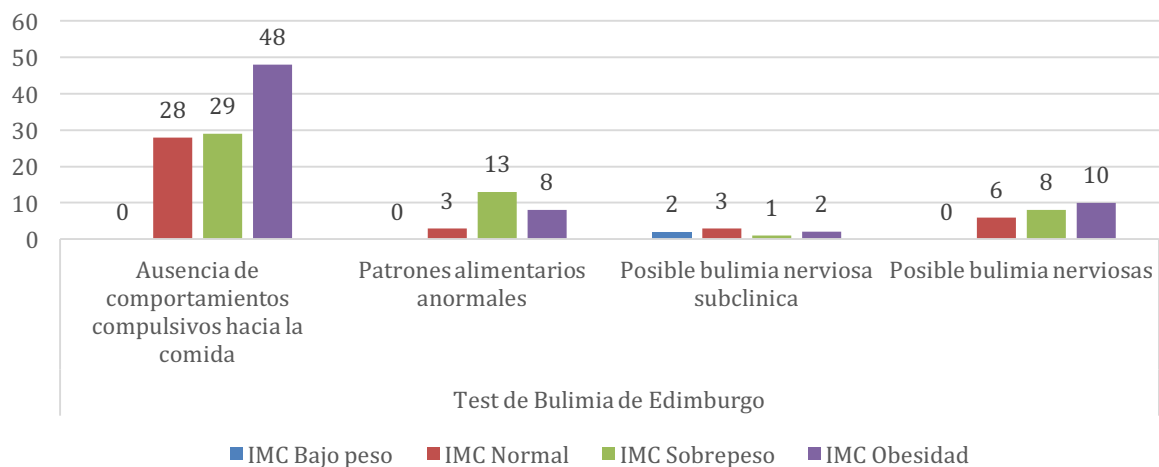
En relación al índice de masa corporal llama la atención que en el grupo de obesidad se encontró la mayor población que refirió ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, en el grupo de sobrepeso corresponde a patrones alimentarios anormales, normopeso seguido de bajo y obesidad en posible bulimia

nerviosa subclínica y un mayor número de personas con obesidad obtuvieron puntuaciones de posible bulimia nerviosa, seguido del grupo de sobrepeso.

Tabla 1.20 cruzada IMC y Test de Bulimia de Edimburgo

		Test de Bulimia de Edimburgo				Total
		Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	Patrones alimentarios anormales	Posible bulimia nerviosa subclínica	Posible bulimia nerviosa	
IMC	Bajo peso	0	0	2	0	2
	Normal	28	3	3	6	40
	Sobrepeso	29	13	1	8	51
	Obesidad	48	8	2	10	68
Total		105	24	8	24	161

Gráfico de IMC y test de bulimia de Edimburgo



Mediante el cuestionario del comedor nocturno 146 negaron cursar con sintomatología y 15 contestaron afirmativamente con un 9.3% de la muestra, según la tabla 1.21.

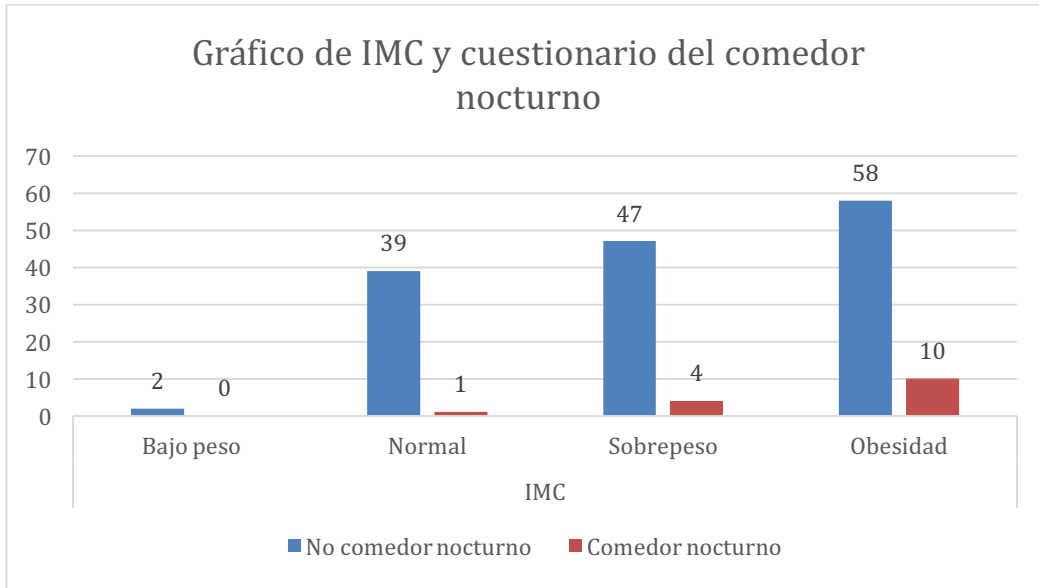
Tabla 1.21 Cuestionario del comedor nocturno

	Frecuencia	Porcentaje
No comedor nocturno	146	90.7
Comedor nocturno	15	9.3
Total	161	100.0

Para el cuestionario del comedor nocturno con índice de masa corporal, los puntajes más altos de comedor nocturno fueron los del grupo de obesidad, seguidos por el grupo de sobrepeso como se muestra a continuación.

Tabla 1.22 cruzada IMC y Cuestionario del comedor nocturno

		Cuestionario del comedor nocturno		Total
		No comedor nocturno	Comedor nocturno	
IMC	Bajo peso	2	0	2
	Normal	39	1	40
	Sobrepeso	47	4	51
	Obesidad	58	10	68
Total		146	15	161

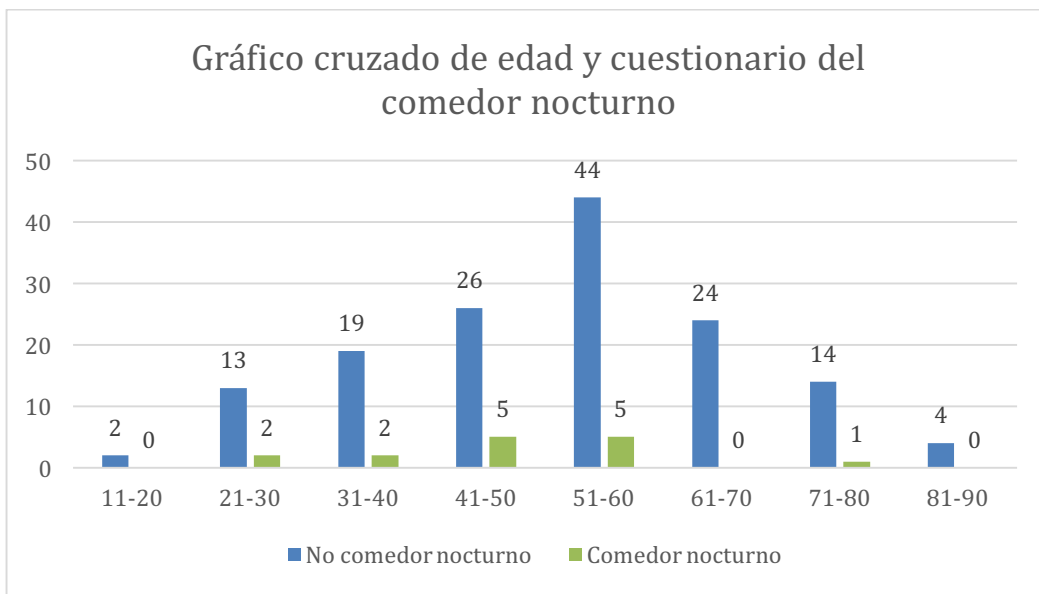


El análisis por edad del cuestionario del comedor nocturno nos muestra que el grupo de 41 a 50 años y 51 a 60 años obtuvieron las mayores puntuaciones de la escala que corresponden al 3.10% cada grupo. Tabla 1.23.

Tabla 1.23

Tabla cruzada edad y Cuestionario del comedor nocturno						
Edad	Cuestionario del comedor nocturno					
	No comedor nocturno		Comedor nocturno		Total	
	Entero	%	Entero	%	Entero	%
11-20	2	1.24	0	0	2	1.24
21-30	13	8.07	2	1.24	15	9.31
31-40	19	11.80	2	1.24	21	13.04
41-50	26	16.14	5	3.10	31	19.25
51-60	44	27.32	5	3.10	49	30.43
61-70	24	14.90	0	0	24	14.90

71-80	14	8.69	1	0.62	15	9.31
81-90	4	2.48	0	0	4	2.48
Total	146	90.68	15	9.31	161	100



Las mujeres con respecto a los hombres tienen puntajes más altos en el cuestionario del comedor nocturno, aunque también corresponden a la mayor proporción de los evaluados. Tabla 1.24.

Tabla 1.24 cruzada Sexo y cuestionario del comedor nocturno

		Cuestionario del comedor nocturno		Total
		No comedor nocturno	Comedor nocturno	
Sexo	Masculino	51	5	56
	Femenino	95	10	105
Total		146	15	161

Con la escala de atracones, 136 se mostraron sin atracón con el 84.5% de la muestra, 12 con atracón moderado y 13 con atracón severo (tabla 1.25).

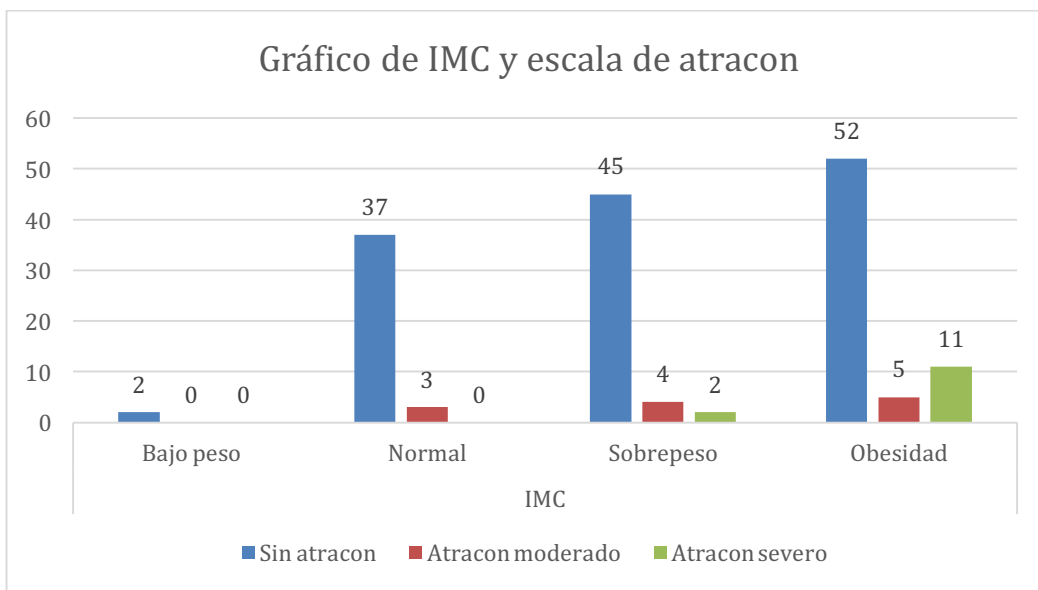
Tabla 1.25 Escala de atracones

	Frecuencia	Porcentaje
Sin atracón	136	84.5
Atracón moderado	12	7.5
Atracón severo	13	8.1
Total	161	100.0

Once participantes con atracón severo y cinco de moderado corresponden al grupo con obesidad, dos con atracón severo y cuatro moderados al grupo con sobrepeso y sólo 3 de atracón moderado se ubican en normopeso, aunque de los 136 que participantes sin atracón, 52 tienen obesidad y 45 sobrepeso. Tabla 1.26.

Tabla 1.26 cruzada IMC y Escala de atracón

		Escala de atracón			Total
		Sin atracón	Atracón moderado	Atracón severo	
IMC	Bajo peso	2	0	0	2
	Normal	37	3	0	40
	Sobrepeso	45	4	2	51
	Obesidad	52	5	11	68
Total		136	12	13	161

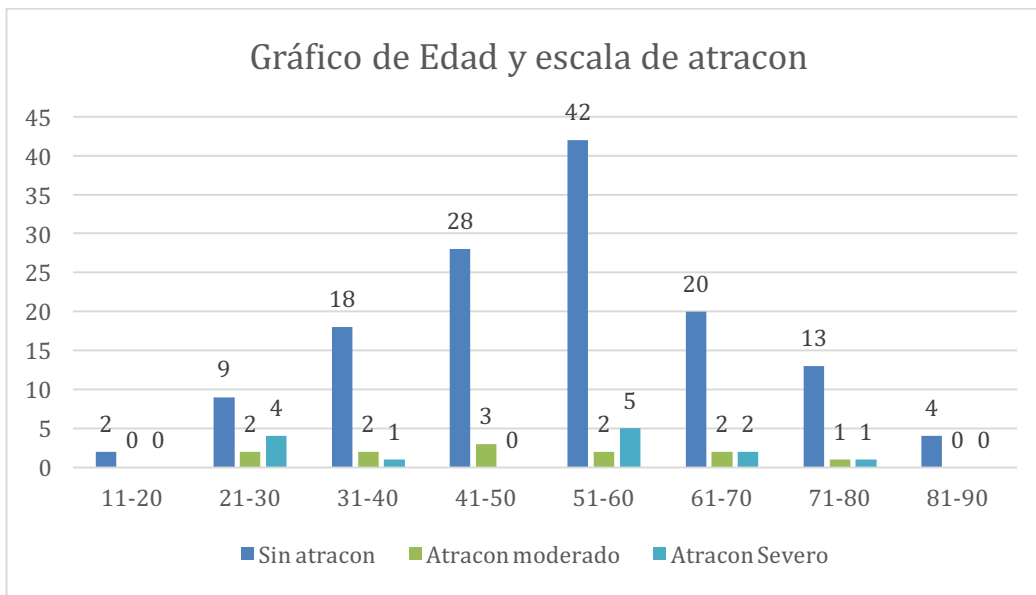


Para atracón severo, los puntajes más altos fueron el 3.10% se encontraron en el grupo de 51-60 años y el 2.48% en el grupo de 21-30 años. Atracon moderado 1.86% en el grupo de 41-50 años, sin atracón el grupo de 51-60 años, que corresponde al más numeroso de los evaluados.

Tabla 1.27

Tabla cruzada edad y Escala de atracón								
Edad	Escala de atracón							
	Sin atracón		Atracón moderado		Atracón Severo		Total	
	Entero	%	Entero	%	Entero	%	Entero	%
11-20	2	1.24	0	0	0	0	2	1.24
21-30	9	5.59	2	1.24	4	2.48	15	9.31
31-40	18	11.18	2	1.24	1	0.62	21	13.04
41-50	28	17.39	3	1.86	0	0	31	19.25
51-60	42	26.08	2	1.24	5	3.10	49	30.43

61-70	20	12.42	2	1.24	2	1.24	24	14.90
71-80	13	8.07	1	0.62	1	0.62	15	9.31
81-90	4	2.48	0	0	0	0	4	2.48
Total	136	84.47	12	7.45	13	8.07	161	100



En la tabla 1.28 vemos que 7 mujeres obtuvieron puntajes de atracón severo, 7 moderado y 91 sin atracón, mientras que en hombres 6 obtuvieron atracón severo, 5 atracón moderado y 45 sin atracón.

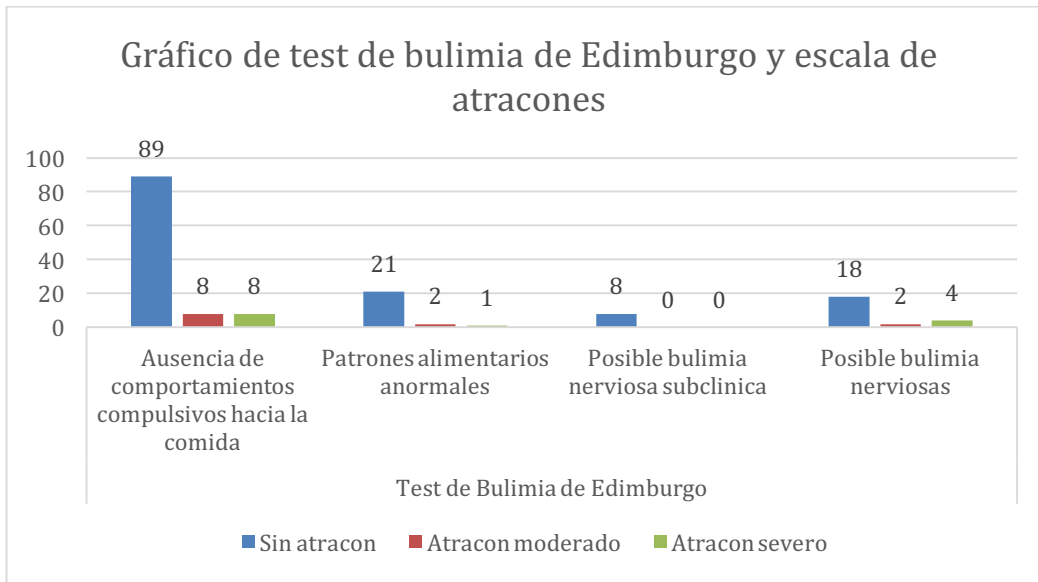
Tabla 1.28 cruzada Sexo y escala de atracón

		Escala de atracón			Total
		Sin atracón	Atracón moderado	Atracón severo	
Sexo	Masculino	45	5	6	56
	Femenino	91	7	7	105
Total		136	12	13	161

Cuando comparamos la escala de atracones con el test de bulimia de Edimburgo encontramos que de las 136 personas sin atracón, 89 tienen ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 21 patrones alimentarios anormales, 8 posible bulimia nerviosa subclínica y 18 con posible bulimia nerviosa; de 12 participantes con atracón moderado, 8 afirmaron ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 2 patrones alimentarios anormales y 2 posible bulimia nerviosa; para el grupo de atracón severo de 13 participantes, 8 tienen ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 4 posible bulimia nerviosa subclínica y 1 patrones alimentarios anormales.

Tabla 1.29 cruzada Test de Bulimia de Edimburgo y Escala de atracones

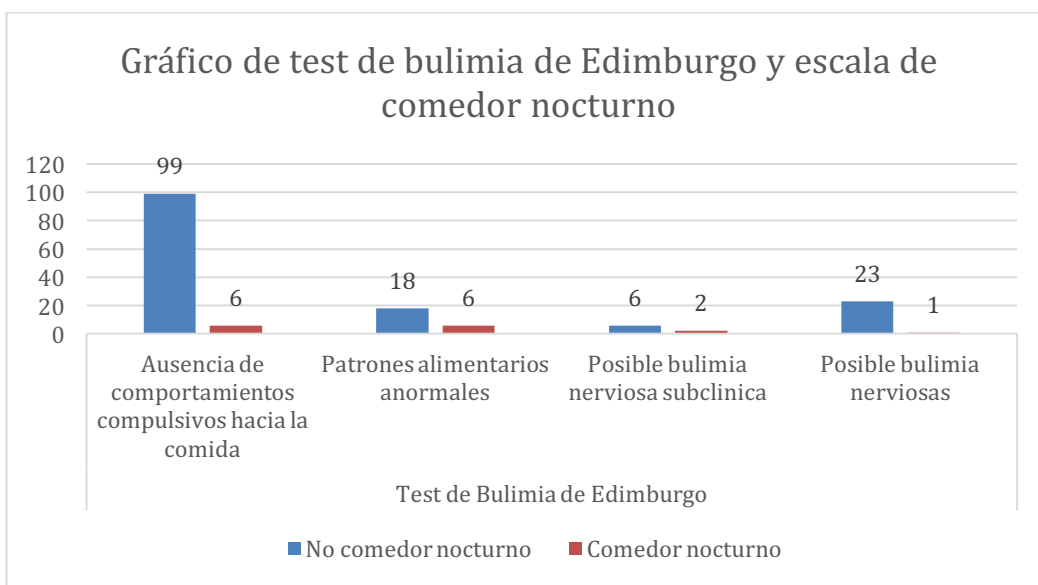
		Escala de atracones			Total
		Sin atracón	Atracón moderado	Atracón severo	
Test de Bulimia de Edimburgo	Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	89	8	8	105
	Patrones alimentarios anormales	21	2	1	24
	Posible bulimia nerviosa subclínica	8	0	0	8
	Posible bulimia nerviosa	18	2	4	24
Total		136	12	13	161



En la tabla 1.30 se comparan los resultados de la escala de comedor nocturno y el test de bulimia de Edimburgo, encontrando que, de 15 participantes del grupo de comedor nocturno, 6 tienen ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 6 patrones alimentarios anormales, 2 posible bulimia nerviosa subclínica y 1 posible bulimia nerviosa. Del grupo no comedor nocturno de 146 participantes, 99 tienen ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida, 18 patrones alimentarios anormales, 6 posible bulimia nerviosa subclínica y 23 posible bulimia nerviosa.

Tabla 1.30 cruzada Test de Bulimia de Edimburgo y Escala de comedor nocturno

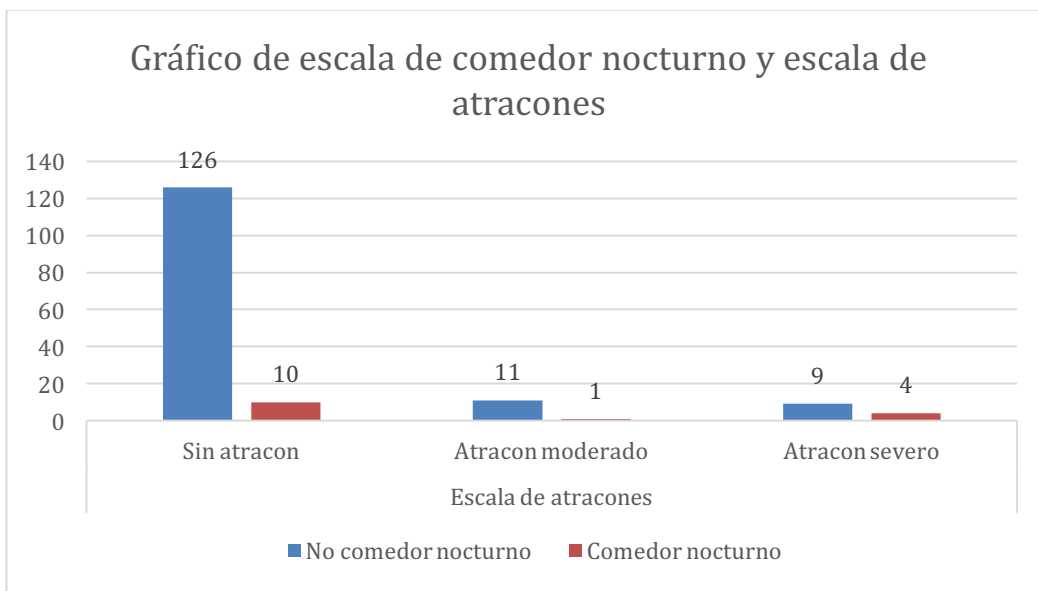
		Escala de comedor nocturno		Total
		No comedor nocturno	Comedor nocturno	
Test de Bulimia de Edimburgo	Ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida	99	6	105
	Patrones alimentarios anormales	18	6	24
	Posible bulimia nerviosa subclínica	6	2	8
	Posible bulimia nerviosa	23	1	24
Total		146	15	161



Comparando la escala de comedor nocturno y escala de atracones, de 13 con atracón severo 9 no son comedores nocturnos y 4 comedores nocturnos, de los 12 de atracón moderado, 11 no son comedores nocturnos y 1 sí, y de los 136 sin atracón, 126 son no comedores nocturnos y 10 contestaron afirmativamente.

Tabla 1.31 cruzada Escala de Comedor nocturno y Escala de atracones

		Escala de atracones			Total
		Sin atracón	Atracón moderado	Atracón severo	
Escala de comedor nocturno	No comedor nocturno	126	11	9	146
	Comedor nocturno	10	1	4	15
Total		136	12	13	161



17 DISCUSIÓN

En el presente estudio se buscó determinar la prevalencia de los diferentes trastornos de la conducta alimentaria en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Encontramos una muestra heterogénea comprendida principalmente por participantes del sexo femenino con edades desde la adultez joven hasta la tercera edad, de todos los niveles de escolaridad donde la mayoría se encuentran casados y sorprendentemente siendo en su mayoría desempleados seguidos de trabajadores del hogar, lo que probablemente se pueda explicar por la disponibilidad que tienen para asistir a sus consultas médicas de control y seguimiento, además de su condición de hospitalizados. Así mismo vemos cómo en su mayoría se encuentran en rango de sobrepeso u obesidad acorde a lo esperado para estudios poblacionales en la actualidad, pese a lo cual, la mayoría de los participantes desconocieron de tener dicha condición y solo 2 participantes afirmaron encontrarse en un régimen alimenticio.

En relación a las comorbilidades psiquiátricas, en su mayoría aseguraron no cursar con un diagnóstico psiquiátrico, incluso pese a identificar síntomas depresivos y ansiosos durante la evaluación realizada para este estudio. Ninguno cumplió criterios para un trastorno por consumo de sustancias, aunque el 44.7% es consumidor ocasional de alcohol y 19.9% de tabaco.

Al analizar los puntajes del test de bulimia de Edimburgo, 8 participantes calificaron para posible bulimia nerviosa subclínica, mientras que solo 24 se ubicaron en posible bulimia nerviosa, el 80.1% de los casos fueron no graves, predominantemente en mujeres del grupo de 51 a 60 años, lo cual puede estar

sesgado porque el mayor porcentaje de la muestra está comprendido por estas características. Al comparar esta escala con la de atracones, vemos que de los 24 con puntajes de posible bulimia nerviosa, 18 se reportaron sin atracón, lo que podría explicarse por otros ítems que forman parte del diagnóstico independiente de la presencia de atracones como son la forma en que su alimentación afecta su vida, pensamientos relacionados con la comida, preocupación por la ganancia ponderal, sentirse avergonzado por sus hábitos alimenticios, el uso de la comida como un regulador emocional, aunque quizás el más importante sea una dificultad marcada para identificar con claridad las características de un episodio de atracón o bien se trata de atracones subjetivos. Se consideró a los participantes que obtuvieron puntajes para posible bulimia nerviosa para la prevalencia de este trastorno que corresponde a 24 participantes con 14.9% de la muestra. Otro hallazgo relevante para este grupo fue que 41% cursaban con obesidad y 33.3% con sobrepeso, únicamente el 25% se encontró en normopeso y ninguno con bajo peso.

Por su parte, para trastorno por atracón se consideraron los puntajes obtenidos en moderado y severo de la escala de atracones sin contar a los participantes que obtuvieron puntajes de posible bulimia nerviosa subclínica y posible bulimia nerviosa por ser diagnóstico de exclusión, obteniendo para atracón moderado un total de 10 participantes que corresponden al 6.2% y para atracón severo 9 participantes 5.59%, dando una prevalencia total de 11.79% para trastorno por atracón. Los participantes con obesidad obtuvieron los mayores puntajes en esta escala, seguidos de los participantes con sobrepeso.

Para el cuestionario del comedor nocturno 15 participantes de los evaluados contestaron afirmativamente, excluyendo del diagnóstico a 2 con posible bulimia nerviosa subclínica, a 1 con posible bulimia nerviosa, 1 con atracón moderado y 4 con atracón severo, dando un restante de 7 participantes con síndrome del comedor nocturno que corresponden al 4.3% de la muestra. Del total con síndrome del comedor nocturno la mayor proporción de los participantes se ubicaron en el grupo con obesidad seguidos del grupo con sobrepeso.

Como se describió en el marco teórico, son variables las prevalencias de trastornos de la conducta alimentaria dependiendo de la población estudiada, sin embargo, coincidimos con que la prevalencia de los mismos es mayor en pacientes con diabetes mellitus 2. Nuestro principal diagnóstico fue bulimia nerviosa, seguido muy de cerca por el trastorno por atracón y por último el síndrome del comedor nocturno. Estamos de acuerdo también con la literatura al encontrar que los pacientes con estos diagnósticos cursan con un índice de masa corporal en rango de sobrepeso u obesidad y aunque no fue posible constatar su control glucémico, podemos afirmar que éste no era óptimo ya que la mayor proporción de los evaluados fue obtenida directamente de hospitalización donde fueron admitidos por múltiples diagnósticos incluyendo descompensación de la diabetes mellitus tipo 2. Otros factores que se consideraron un sesgo al momento de calificar las escalas fue la presencia de hiperfagia asociada a cuadros de hipoglucemia, dificultad para tener horarios regulares en su alimentación por motivos laborales o académicos y cambios en el apetito y hábito intestinal derivados de la larga evolución de la diabetes mellitus tipo 2. A pesar de esto, los resultados son alarmantes ya que existe un gran grupo de

personas que requieren atención en salud mental que no fueron considerados con anterioridad, siendo la atención psiquiátrica una herramienta importante para el manejo de las comorbilidades que acompañan al paciente con diabetes mellitus tipo 2. En un futuro podríamos analizar cómo evolucionan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que tienen atenciones por un servicio de salud mental en comparación con aquellos que no tienen acceso a la misma, si existe menor riesgo de complicaciones o mayor adherencia al tratamiento farmacológico y medidas no farmacológicas y de ser posible el impacto en el pronóstico.

18 CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos del estudio confirman lo que se ha ido describiendo en la literatura, que existe una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en población con diabetes tipo 2. Para la bulimia nerviosa fue de 14.9%, para el trastorno por atracón 11.79% y para el síndrome del comedor nocturno 4.3%. Ciertamente son muchos los factores que contribuyen para un mal control de la misma, de los cuales pudimos observar que la mayoría de los participantes tienen algún grado de sobrepeso u obesidad y en su gran mayoría sin un plan de alimentación que contribuya a mejorar su salud. Vemos que existe un área de oportunidad para el manejo de estos pacientes de forma interdisciplinaria, tanto para descartar la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, como para el manejo de otras comorbilidades psiquiátricas como el trastorno depresivo mayor que ha sido ampliamente descrito en la literatura. Esperamos que, en un futuro, se integre a la psiquiatría como parte importante para la evaluación y seguimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

19 REFERENCIAS

- 1.- Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. CENETEC: SS-093-08. México, 2012.
- 2.- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare [recurso en internet]. Seattle: University of Washington, 2017 [consultado 2021 Jun 18].
- 3.- Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann Nutr Metab* 2015; 66(suppl 2):S7-S12.
- 4.- Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC 2016. Salud Publica Mex* 2018; 60:233-243.
- 5.- American Diabetes Association. Standards of medical care in Diabetes-2019. *The Journal of clinical and applied research and education Diabetes Care*, 2019 January; 42, Págs: S8, S42, S54.
- 6.- Secretaría de Salud. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial. México: SSA, 2001.
- 7.- Krishnamurthy, A., Gupta, Y., Bhargava, R., Sharan, P., Tandon, N., & Jyotsna, V. P. Evaluation of eating disorders and their association with glycemic control and metabolic parameters in adult patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & metabolic syndrome*, 2020, 14(6), 1555–1561.
- 8.- Kessler, R.C., P.A. Berglund, W.T. Chiu, *et al.* The prevalence and correlates of

binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biol. Psychiatry*, 2013, 73: 904–914.

9.- Hudson, J.I., E. Hiripi, H.G. Pope, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*, 2007, 61: 348– 358.

10.- Papelbaum, M., Appolinário, J. C., Moreira, R., Ellinger, V. C., Kupfer, R., & Coutinho, W. F. Prevalence of eating disorders and psychiatric comorbidity in a clinical sample of type 2 diabetes mellitus patients. *Revista brasileira de psiquiatria*, 2005, 27(2), 135–138.

11.- Nicolau, J., & Masmiquel, L. Eating disorders and diabetes mellitus. *Endocrinologia y nutricion: organo de la Sociedad Espanola de Endocrinologia y Nutricion*, 2015, 62(7), 297–299.

12.- Winston A. P. Eating Disorders and Diabetes. *Current diabetes reports*, 2020, 20(8), 32.

13.- Zittoun C, Fischler C. Boulimie et épidémiologie [Bulimia and epidemiology]. *Encephale*. 1992 Jul-Aug;18(4):407-12.

14.- Coleman, S.E., Caswell, N. Diabetes and eating disorders: an exploration of ‘Diabulimia’. *BMC Psychol*, 2020 8, 101.

15.- Abbott, S., Dindol, N., Tahrani, A. A., & Piya, M. K. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Journal of eating disorders*, 2018, 6, 36.

- 16.- Hood, M. M., Reutrakul, S., & Crowley, S. J. Night eating in patients with type 2 diabetes. Associations with glycemic control, eating patterns, sleep, and mood. *Appetite*, 2014, 79, 91–96.
- 17.- DSM5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (5th ed.)* 2013; Arlington VA.
- 18.- Vander Wal J. S. Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clinical psychology review*, 2012, 32(1), 49–59.
- 19.- Allison, K.C., Lundgren, J.D., O'Reardon, J.P., Geliebter, A., Gluck, M.E., Vinai, P., Stunkard, A.J. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 2010, 43(3), 241–247.
- 20.- Kucukgoncu, S., M. Midura & C. Tek. Optimal management of night eating syndrome: challenges and solutions. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2015, 11: 751–760.
- 21.- Howell, M.J., C.H. Schenck & S.J. Crow. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med. Rev.* 2009, 13: 23–24.
- 22.- Krishnamurthy, A., Gupta, Y., Bhargava, R., Sharan, P., Tandon, N., & Jyotsna, V. P. Evaluation of eating disorders and their association with glycemic control and metabolic parameters in adult patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & metabolic syndrome*, 2020, 14(6), 1555–1561.
- Evers, C.; Marijn Stok, F.; de Ridder, D.T.D. Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personal. Soc. Psychol. Bull.* 2010, 36, 792–804.

23.- Frayn, M.; Knäuper, B. Emotional Eating and Weight in Adults: A Review. *Curr. Psychol.* 2018, 37, 924–933.

24.- Nieto-Martínez, R., González-Rivas, J. P., Medina-Inojosa, J. R., & Florez, H. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Current diabetes reports*, 2017, 17(12), 138.

25.- García-Mayor, R. V., & García-Soidán, F. J. Eating disorders in type 2 diabetic people: Brief review. *Diabetes & metabolic syndrome*, 2017 11(3), 221–224.

20 ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Cédula Sociodemográfica de registro único para el estudio y de seguimiento.

Cédula Sociodemográfica de registro único para el estudio.

Instrucciones: Leer cada una de los incisos siguientes y llenar con una X según corresponda

I. Datos de Identificación y sociodemográficos:

No. Registro _____ Sexo: (Masculino) (Femenino) Edad _____

Peso (kg, g): _____ Talla (m, cm): _____ IMC (kg/m2): _____

Deseo saber mi resultado: Sí () No ()

En caso de querer su resultado, anotar número telefónico o correo electrónico: _____

1. Escolaridad:

Sabe leer y escribir () Primaria () Secundaria () Bachillerato ()
Carrera técnica () Licenciatura () Posgrado ()

2. Estado Civil:

Soltero(a) () Casado(a) () Unión Libre () Divorciado(a) () Viudo(a) ()

3. Ocupación:

Comerciante () Empleado () Estudiante () Empresario () Ama de casa ()
Jubilado / Pensionado () Otra: _____ Ninguna ()

4. Religión:

Católica () Otra: _____

II. Antecedentes Personales:

5. Antecedentes de trastornos psiquiátricos: Indique con una X si se conoce portador (a) de alguna de las siguientes entidades médicas psiquiátricas.

Depresión () Ansiedad () Trastorno de la personalidad () Trastorno Afectivo bipolar ()
Trastornos psicóticos () Otro: _____ Ninguno ()

6. Antecedentes de tratamientos psiquiátricos: Indique con una X si se encuentra en tratamiento con alguno de los siguientes medicamentos.

Benzodicepinas () Tricíclicos () IMAO () ISRS () Duales () Anticomociales ()
Antipsicóticos () Otro: _____

7. Comorbilidades: Indique con una X si padece alguna de las siguientes enfermedades:

Hipertensión arterial sistémica () Dislipidemia () Obesidad () Otras: _____

III. Consumo de sustancias tóxicas y adictivas: Indique con una X si consume actualmente alguna de las siguientes sustancias y especifique lo solicitado.

Alcohol () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: ____.

Tabaco () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: ____.

Mariguana () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: ____.

Cocaína () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: ____.

Inhalables () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: _____.

Anfetaminas () Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: _____.

Otros: _____. Edad de inicio: _____. Cantidad: _____. Frecuencia: _____. Enf. asociada: _____.

IV. Diabetes Mellitus tipo 2: Indique con una X según corresponda.

8. Tratamiento Antidiabético:

Metformina () Acarbosa () Insulina () Glibenclamida () Pioglitazona () Otros: _____
Dosis: _____ Dosis: _____ Dosis: _____ Dosis: _____ Dosis: _____ Dosis: _____

Anexo 2. Consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías.
Patrocinador externo (si aplica):	- - -
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías ubicado en Av. Municipio Libre 270, Portales Norte, 03300 Ciudad de México, CDMX. En el periodo comprendido de septiembre del 2021 a abril del 2022.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El responsable del trabajo me ha informado que el presente estudio es necesario debido al desconocimiento de la frecuencia con la que se diagnostica un trastorno de la conducta alimentaria en personas con diabetes mellitus tipo II, por lo tanto contestaré tres encuestas con la finalidad de saber si padezco alguno de los trastornos de la conducta alimentaria. Si lo decido, podré saber los resultados de esas encuestas.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará la aplicación de una cedula de registro de datos específica para el estudio, escalas clinimétricas para diagnóstico de trastorno por atracón, bulimia nerviosa y síndrome del comedor nocturno.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que podría experimentar algunas molestias psicológicas transitorias derivadas de saber que tengo algún trastorno de la conducta alimentaria tales como: preocupación, tristeza, incertidumbre y/o ansiedad. También me ha dicho que el tiempo a utilizar en responder las encuestas será de 15 minutos aproximadamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que tras realizar las encuestas se me informará si así lo deseo sobre mi diagnóstico y se me orientará sobre cómo recibir la atención de estos padecimientos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable del trabajo se ha comprometido a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, además se me informara sobre mis resultados si así lo decido y proporciono un medio para ser contactado.
Participación o retiro:	Es de mi conocimiento que será libre de abandonar éste estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derecho-habiente recibo en ésta institución no se verá afectada
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha asegurado, que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial .
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Tratamiento oportuno para el trastorno de la conducta alimentaria diagnosticado.
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento sobre si se padece algún trastorno de la conducta alimentaria.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Laura Patricia Ángulo Camarena. Matricula. Médico no familiar adscrito al servicio de psiquiatría Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías. Teléfono 5591 88 81 36. Correo: galadriel_p@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Martha Alejandra García Martínez. Matricula: 97374592. Médico residente de 3er año de psiquiatría del Hospital de especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Teléfono: 951 1254800. Correo: alejandragarca7@outlook.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	Martha Alejandra García Martínez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	

Anexo 3. Escala de trastorno por atracón (BES)

Instrucciones. A continuación, se muestran grupos de declaraciones numeradas. Lea todas las declaraciones de cada grupo y marque en esta hoja la que mejor describa cómo se siente acerca de los problemas que tiene para controlar su conducta alimentaria.

#1

1. No me siento cohibido por mi peso o tamaño corporal cuando estoy con otras personas.
2. Me preocupa cómo me ven a los demás, pero normalmente no me decepciono de mí mismo.
3. Me siento cohibido por mi apariencia y peso, lo que me hace sentir decepcionado de mí mismo.
4. Me siento muy cohibido por mi peso y, con frecuencia, siento una intensa vergüenza y disgusto por mí mismo. Intento evitar los contactos sociales debido a mi timidez.

2

1. No tengo ninguna dificultad para comer despacio de la manera adecuada.
2. Aunque parezco "engullir" alimentos, no termino sintiéndome lleno por comer demasiado.
3. A veces, tiendo a comer rápido y luego me siento incómodamente lleno.
4. Tengo la costumbre de engullir mi comida sin masticarla realmente. Cuando esto sucede, por lo general me siento incómodo porque he comido demasiado.

3

1. Me siento capaz de controlar mis impulsos de comer cuando quiero.
2. Siento que no he podido controlar mi alimentación más que la persona promedio.
3. Me siento completamente impotente cuando se trata de controlar mis impulsos de comer.
4. Debido a que me siento tan impotente para controlar mi alimentación, me he vuelto muy desesperado por tratar de tener el control.

4

1. No tengo el hábito de comer cuando estoy aburrido.
2. A veces como cuando estoy aburrido, pero a menudo puedo "estar ocupado" y dejar de pensar en la comida.

3. Tengo el hábito de comer cuando estoy aburrido, pero ocasionalmente puedo usar alguna otra actividad para distraerme de la comida.

4. Tengo un fuerte hábito de comer cuando estoy aburrido. Nada parece ayudarme a romper el hábito.

5

1. Por lo general, tengo hambre cuando como algo.

2. De vez en cuando, como algo por impulso, aunque realmente no tengo hambre.

3. Tengo el hábito regular de comer alimentos que quizás no disfruto realmente, para satisfacer una sensación de hambre, aunque físicamente no necesito la comida.

4. Aunque no tengo hambre físicamente, tengo una sensación de hambre en la boca que solo parece satisfacerse cuando como un alimento, como un sándwich, que me llena la boca. A veces, cuando como la comida para satisfacer el hambre de mi boca, escupo la comida para no subir de peso.

6

1. No siento ninguna culpa ni odio hacia mí mismo después de comer en exceso.

2. Después de comer en exceso, ocasionalmente me siento culpable o me odio a mí mismo.

3. Casi todo el tiempo siento una fuerte culpa u odio hacia mí mismo después de comer en exceso.

7

1. No pierdo el control total de mi alimentación cuando hago dieta, incluso después de períodos en los que como en exceso.

2. A veces, cuando como una "comida prohibida" en una dieta, siento que "la eché a perder" y como aún más.

3. Con frecuencia, tengo el hábito de decirme a mí mismo: "Lo arruiné ahora, ¿por qué no ir hasta el final?" Cuando como en exceso a dieta. Cuando eso sucede, como aún más.

4. Tengo el hábito de comenzar con dietas estrictas por mí mismo, pero rompo las dietas al darme un atracón. Mi vida parece ser una "fiesta" o una "hambruna".

8

1. Rara vez como tanta comida que después me siento incómodo.

2. Por lo general, una vez al mes, como tal cantidad de comida, termino sintiéndome muy lleno.

3. Tengo períodos regulares durante el mes en los que, como grandes cantidades de alimentos, ya sea a la hora de comer o como bocadillos.

4. Como tanta comida que normalmente me siento bastante incómodo después de comer y, a veces, un poco de náuseas.

9

1. Mi nivel de ingesta de calorías no sube muy alto ni baja muy bajo de forma regular.

2. A veces, después de comer en exceso, trato de reducir mi ingesta calórica a casi nada para compensar el exceso de calorías que he ingerido.

3. Tengo la costumbre de comer en exceso durante la noche. Parece que mi rutina no es tener hambre por la mañana sino comer en exceso por la noche.

4. En mi edad adulta, he tenido períodos de una semana en los que prácticamente me muero de hambre. Esto sigue a períodos en los que como en exceso. Parece que vivo una vida de "fiesta o hambre".

10

1. Por lo general, puedo dejar de comer cuando quiero. Sé cuándo "ya es suficiente".

2. De vez en cuando, experimento una compulsión por comer que parece que no puedo controlar.

3. Con frecuencia, experimento fuertes deseos de comer que parezco incapaz de controlar, pero en otras ocasiones puedo controlar mis deseos de comer.

4. Me siento incapaz de controlar los impulsos de comer. Tengo miedo de no poder dejar de comer voluntariamente.

11

1. No tengo ningún problema para dejar de comer cuando me siento lleno.

2. Por lo general, puedo dejar de comer cuando me siento lleno, pero en ocasiones como en exceso, me siento incómodo.

3. Tengo problemas para dejar de comer una vez que empiezo y normalmente me siento incómodo después de comer.

4. Debido a que tengo un problema de no poder dejar de comer cuando quiero, a veces tengo que inducir el vómito para aliviar mi sensación de estar lleno.

12

1. Parece que como tanto cuando estoy con otras personas (familia, reuniones sociales) como cuando estoy solo.

2. A veces, cuando estoy con otras personas, no como tanto como quiero porque me da vergüenza comer.

3. Con frecuencia, como solo una pequeña cantidad de comida cuando hay otros presentes, porque me da mucha vergüenza comer.

4. Me siento tan avergonzado por comer en exceso que elijo momentos para comer en exceso cuando sé que nadie me verá. Me siento como un "comedor de armario".

13

1. Como tres comidas al día con solo un refrigerio ocasional entre comidas.

2. Tomo 3 comidas al día, pero normalmente también como bocadillos entre comidas.

3. Cuando como bocadillos abundantes, adquiero el hábito de saltarme las comidas regulares.

4. Hay períodos regulares en los que parece que estoy comiendo continuamente, sin comidas planificadas.

14

1. No pienso mucho en tratar de controlar los impulsos de comer no deseados.

2. Al menos algunas veces, siento que mis pensamientos están preocupados por tratar de controlar mis impulsos de comer.

3. Siento que con frecuencia paso mucho tiempo pensando en cuánto comí o en tratar de no comer más.

4. Me parece que la mayor parte de mis horas despierto están ocupadas por pensamientos sobre comer o no comer. Siento que estoy luchando constantemente por no comer.

#15

1. No pienso mucho en la comida.

2. Tengo fuertes antojos de comida, pero solo duran breves períodos de tiempo.

3. Tengo días en los que parece que no puedo pensar en nada más que en la comida.

4. La mayoría de mis días parecen estar ocupados con pensamientos sobre la comida. Siento que vivo para comer.

#16

1. Por lo general, sé si tengo hambre o no. Tomo la ración adecuada de comida para satisfacerme.
2. De vez en cuando, no sé si tengo hambre o no. En estos momentos es difícil saber cuánta comida debo tomar para satisfacerme.
3. Aunque podría saber cuántas calorías debo comer, no tengo ni idea de cuál es una cantidad "normal" de comida para mí.

En caso de duda o aclaración sobre sus derechos como participantes puede comunicarse: Dra. Martha Alejandra García Martínez **Matricula:** 97374592 **Lugar de Trabajo:** Servicio de Salud Mental **Adscripción:** Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI **Teléfono:** 9511254800 **Correo:** alejandragarca7@outlook.com

Anexo 4. Cuestionario del comedor nocturno (NEQ)

Instrucciones para el cuestionario sobre comidas nocturnas: marque con un círculo UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánta hambre tiene normalmente por la mañana?

4 Nada

3 Un poco

2 Algo

1 Moderada

0 Mucha

2. ¿A qué hora suele realizar su primera comida del día?

0 antes de las 9 am

1 de 9:01 a 12 pm

2 de 12:01 a 3 pm

3 de 3:01 a 6 pm

4 6:01 o más tarde

3. ¿Tiene antojos o ganas de comer bocadillos después de la cena, pero antes de acostarse?

- 0 Nunca
- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Extremadamente

4. ¿Cuánto control tiene sobre su alimentación entre la cena y la hora de acostarse?

- 4 Ninguno en absoluto
- 3 Un poco
- 2 Alguno
- 1 Mucho
- 0 Completamente

5. ¿Qué cantidad de su ingesta diaria de alimentos consume después de la hora de la cena?

- 0 0% (ninguno)
- 1 1–25% (hasta una cuarta parte)
- 2 26–50% (aproximadamente la mitad)
- 3 51–75% (más de la mitad)
- 4 76-100% (casi todos)

6. ¿Se siente triste o deprimido actualmente?

- 0 Nunca
- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Extremadamente

7. Cuando se siente triste, ¿su estado de ánimo es más bajo por las:

0 Su estado de ánimo no cambia durante el día

1 Mañanas temprano

1 Media mañana

2 Medio día

3 Tardes

4 Noches

8. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para conciliar el sueño?

0 nunca

1 A veces

2 Aproximadamente la mitad del tiempo

3 Casi siempre

4 Siempre

9. Aparte de levantarse a usar el baño, ¿con qué frecuencia se levanta al menos una vez en medio de la noche?

0 Nunca

1 Menos de una vez a la semana

2 Aproximadamente una vez a la semana

3 Más de una vez a la semana

4 Todas las noches

SI marcó 0 en la pregunta # 9, NO CONTINUAR CONTESTANDO

10. ¿Tiene antojos o ganas de comer bocadillos cuando se despierta por la noche?

0 Nunca

- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Extremadamente

11. ¿Necesita comer para volverse a dormir cuando se despierta por la noche?

- 0 Nunca
- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Extremadamente

12. Cuando te levantas en medio de la noche, ¿con qué frecuencia picas bocadillos?

- 0 Nunca
- 1 A veces
- 2 Aproximadamente la mitad del tiempo
- 3 Casi siempre
- 4 Siempre

SI marcó 0 en la pregunta # 12, NO CONTINUAR CONTESTANDO

13. Cuando toma un refrigerio en medio de la noche, ¿qué tan consciente está de su alimentación?

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces
- 2 Algunas veces
- 3 Casi siempre

4 Siempre

14. ¿Cuánto control tiene sobre su alimentación mientras está despierto por la noche?

4 Ninguno

3 Un poco

2 Algunas veces

1 Casi siempre

0 Siempre

¿Cuánto tiempo llevan sus dificultades actuales con la comida nocturna? (anotar con número)

_____ meses _____ años

En caso de duda o aclaración sobre sus derechos como participantes puede comunicarse: Dra. Martha Alejandra García Martínez **Matricula:** 97374592 **Lugar de Trabajo:** Servicio de Salud Mental **Adscripción:** Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI **Teléfono:** 9511254800 **Correo:** alejandragarca7@outlook.com

Anexo 5. Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SÍ	NO																																								
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SÍ	NO																																								
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SÍ	NO																																								
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SÍ	NO																																								
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SÍ	NO																																								
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)																																									
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nunca</th> <th>Raramente</th> <th>1 vez/semana</th> <th>2-3 veces/semana</th> <th>Diariamente</th> <th>2-3 veces/día</th> <th>5 veces/día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pastillas para adelgazar</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Diuréticos</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Laxantes</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Provocar el vómito</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>			Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día	Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7	Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7	Laxantes	0	2	3	4	5	6	7	Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7
	Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día																																			
Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7																																			
Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7																																			
Laxantes	0	2	3	4	5	6	7																																			
Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7																																			
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SÍ	NO																																								
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	SÍ	NO																																								
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SÍ	NO																																								
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	SÍ	NO																																								
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SÍ	NO																																								
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SÍ	NO																																								
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	SÍ	NO																																								
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SÍ	NO																																								
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SÍ	NO																																								
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SÍ	NO																																								
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SÍ	NO																																								
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	SÍ	NO																																								
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SÍ	NO																																								
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SÍ	NO																																								
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SÍ	NO																																								
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?	SÍ	NO																																								
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	SÍ	NO																																								
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?	SÍ	NO																																								
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	SÍ	NO																																								
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)																																									
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atacón»?	SÍ	NO																																								
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SÍ	NO																																								
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SÍ	NO																																								
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SÍ	NO																																								
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	SÍ	NO																																								
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SÍ	NO																																								

En caso de duda o aclaración sobre sus derechos como participantes puede comunicarse: Dra. Martha Alejandra García Martínez **Matricula:** 97374592 **Lugar de Trabajo:** Servicio de Salud Mental **Adscripción:** Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI **Teléfono:** 9511254800 **Correo:** alejandragarca7@outlook.com