



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No33 "EI ROSARIO"**

**PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA ADICTIVA Y SU GRAVEDAD,
MEDIDOS POR LA ESCALA DE YFAS, EN PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD
EN LA UMF 33**

PRESENTA

ALUMNA:

DRA. MARIA EUGENIA VELEZ ORTIZ

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR DE TESIS:

DR. JOSE ELPIDIO ANDRADE PINEDA

CIUDAD DE MEXICO 2022





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.

PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA ADICTIVA Y SU GRAVEDAD MEDIDOS
POR LA ESCALA DE YFAS EN PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD EN LA UMF 33

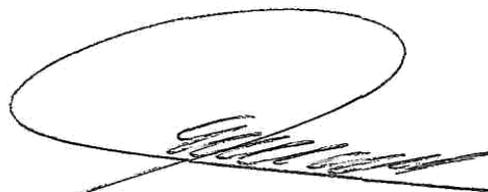
AUTORIZACIONES:



DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MEDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO".



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO.
MEDICA FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 "EL ROSARIO".



DR. JOSE ELPIDIO ANDRADE PINEDA
MEDICO FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR COORDINADOR CLÍNICO DE
EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 16

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis hijos Paola y Gabriel, por su amor y comprensión, por haberme otorgado su apoyo incondicional en la realización del presente trabajo, los amo inmensamente.

Agradezco a mi esposo, que con su apoyo incondicional me ayudo a no decaer en estos últimos meses de arduo trabajo, que estuvo a mi lado, tomando mi mano en todo momento, con inmenso cariño, mil gracias.

También quisiera agradecer al Dr. José Elpidio Andrade Pineda medico familiar de la UMF 16 por su ayuda para hacer posible este trabajo.

DICTAMEN DE APROBACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



133

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Miércoles, 03 de marzo de 2021

M.E. José Elpidio Andrade Pineda

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA ADICTIVA Y SU GRAVEDAD, MEDIDOS POR LA ESCALA DE YFAS, EN PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD EN LA UMF 33**" 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-2021-3511-019

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

Miguel Alberto Ramírez Sosa
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE

APARTADO	PAGINA
1. PORTADA	
2. AUTORIZACIONES	2
3. AGRADECIMIENTOS	3
4. DICTAMEN DE REGISTRO	4
5. RESUMEN	6
6. INTRODUCCION	7
7. ANTECEDENTES	9
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
9. OBJETIVOS	23
10.MATERIAL Y METODOS	24
11.RESULTADOS	26
12.TABLAS Y GRAFICOS	41
13.DISCUSION	95
14.CONCLUSIONES	99
15.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	102
16.ANEXOS	105

1. RESUMEN

“PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA ADICTIVA Y SU GRAVEDAD, MEDIDOS POR LA ESCALA DE YFAS, EN PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD EN LA UMF 33”

Andrade-Pineda Jose¹ Velez-Ortiz Maria Eugenia².

Introducción. La obesidad impacta negativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Una de las causas de la obesidad está determinada por una conducta alimentaria adictiva, en la cual hay un consumo excesivo de alimentos como hidratos de carbono y grasas; se caracteriza por una reducida sensibilidad al placer y pérdida del control para consumirlos. **Objetivo:** Estimar la presencia de los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, medidos por la escala de YFAS, en pacientes con y sin obesidad en la UMF. 33. **Material y métodos:** Se realizó un estudio correlacional en 115 pacientes con normopeso (controles) y 58 pacientes con sobrepeso/obesidad (casos). A ambos grupos se les aplicó el instrumento YFAS, para determinar los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad. El análisis de resultados se llevó a cabo utilizando la prueba de ji-cuadrada X^2 . **Resultados:** En los pacientes con sobrepeso/obesidad se identificaron los siguientes factores: 67.2% eran mujeres, 22.4% tenían entre 18 a 28 años, 29.3% tenían escolaridad de bachillerato, 60.3% tenían sobrepeso, 24.1% tenían obesidad grado 1, y 15.5% tenían obesidad grado 2. Se identificó asociación entre el número de patrones y la gravedad de la adicción ($p=0.012$). **Conclusiones:** Se deben realizar más estudios, a fin de determinar los factores predisponentes a desarrollar la adicción a los alimentos, considerarla como una realidad cercana para diagnosticarla y así poder darle un tratamiento oportuno.

Palabras clave: Obesidad, conducta alimentaria adictiva, Escala de YFAS.

¹ Médico Familiar, terapeuta familiar y CCEIS UMF No. 120.

² Médico Residente de primer año de CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”.

2. INTRODUCCION

El sobrepeso y la obesidad son considerados problemas de salud a nivel mundial. En 2017 se registraron 3.4 millones de muertes relacionados con esta condición. Lo anterior puede ser debido al deseo alimentario, el acceso a la comida rápida, y al impacto negativo que causa la abstinencia alimentaria, además el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para desarrollar comorbilidades como la Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer. El aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad es un factor de riesgo que contribuye a disminuir la calidad de vida de las personas, en los últimos años se han realizado estudios con el objetivo de comprender los factores que influyen en el desarrollo de esta condición, entre ellos el acceso a la comida con alto contenido calórico, la lectura del contenido nutricional en las etiquetas, el consumo de grandes cantidades de comida y el sedentarismo, sin embargo pocos estudios han abordado la adicción a la comida.

Se definen las enfermedades adictivas en función de cinco criterios. La adicción a la comida es uno de los géneros más importantes de las llamadas nuevas adicciones o adicciones sociales. Las principales modalidades de la adicción a la comida son los episodios bulímicos, las adicciones hiperfagias y la adicción mono alimentaria.

La idea de que determinados tipos de alimentos pueden tener un potencial de adicción y que formas de comer en exceso, como en los trastornos alimentarios relacionados con los atracones o la obesidad, pueden representar un comportamiento adicto se han discutido durante décadas. La escala de Yale se ha desarrollado para medir la conducta alimentaria similar a la adicción basada en los criterios de diagnóstico para la dependencia de sustancias de la cuarta quinta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

El interés científico en este tema fue impulsado en parte en parte por el aumento de la neuroimagen y los hallazgos posteriores de que la obesidad y los atracones están asociados con alteraciones en la señalización dopaminérgica y la hiperactivación provocada por señales alimentarias de áreas cerebrales relacionadas con la recompensa que son comparables a los procesos observados en usuarios de drogas.

El craving se refiere a un deseo intenso de consumir una sustancia no solo se refiere a las drogas, sino también a alimentos o bebidas no alcohólicas. Las personas suelen tener antojos de alimentos con alto contenido de azúcar o grasa y por lo tanto muy sabrosos. El alimento más solicitado es el chocolate, pizza, alimentos salados, los helados y otros dulces y postres.

Los problemas sociales e interpersonales se pueden observar en la conducta alimentaria adictiva, así las personas obesas presentan mayores niveles de aislamiento social en comparación con las personas de peso normal. La desconfianza interpersonal, la inseguridad social u hostilidad están relacionados con el comportamiento de atracones, independientemente de la masa corporal.

La importancia de identificar los patrones de conducta alimentaria, la adicción alimentaria y su gravedad en personas con masa corporal normal y/o sobrepeso-obesidad, radica en poder establecer la terapia cognitivo-conductual (que se enfoca directamente en la conducta alimentaria) como la psicoterapia interpersonal (que se enfoca en las relaciones interpersonales), además de prevenir la aparición de síndrome metabólico, y enfermedades crónicas como son la Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica y enfermedades cardiovasculares

3. ANTECEDENTES

La organización mundial de la salud define al sobrepeso y a la obesidad como la “acumulación anormal o excesivo de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud”, y plantea que la causa fundamental “es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas”. (1)

Para determinar el grado de sobrepeso u obesidad se debe realizar el cálculo del índice de masa corporal, se utiliza el peso en kilogramos de una persona entre el cuadrado de su talla en metros expresados en kg/m^2 . (1)

Caracterizada por un índice de masa corporal superior a $25\text{kg}/\text{m}^2$ (sobrepeso) o $\geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ (obesidad) en personas adultas (OMS 2012). (2)

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 sobre el manejo del sobrepeso y obesidad (Diario Oficial de la Federación, 2017), los define como una enfermedad crónica desarrollada a partir de la interacción de factores, culturales, económicos, conductuales, psicológicos y biológicos y que se relacionan con trastornos psicológicos, sociales y metabólicos. (3)

La etiología de la obesidad es multicausal influyen factores propios del individuo como son los genéticos o herencia y los factores externos como los socio ambientales, psicológicos y nutricionales, así como el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto de energía. (1)

La obesidad está asociada con una serie de otras enfermedades que, en combinación, tienen un impacto tremendo en la morbilidad y la mortalidad en todo el mundo. La obesidad va en aumento y califica como estado patológico proinflamatorio. Los intentos de reducir la obesidad mediante dietas fracasan en gran medida y estos pacientes están sujetos a frecuentes recaídas (es decir recuperan su peso original), y casi la mitad de los obesos parecen informar o recordar incorrectamente la cantidad real de ingesta calórica que consumen. (4)

El sedentarismo y el consumo desmedido de alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar y grasa), aun en presencia de reservas energéticas corporales suficientes, parecen rebasar el control homeostático innato que acopla la conducta alimentaria con el gasto de energía. (5)

En el hipotálamo se lleva a cabo las funciones de regulación de los procesos de la ingesta en los cuales participan los sistemas de hambre/saciedad, así intervienen circuitos emocionales primarios, que son sistemas neurofisiológicos que actúan ya sean como estimulador o inhibidor de las conductas asociadas al comer. Algunos factores psicológicos pueden contribuir al mantenimiento de la obesidad. (1)

El consumo excesivo de alimentos ricos en calorías es un factor causal importante de la obesidad, que puede provocar el mecanismo de adicción a la comida. La obesidad puede resultar de una combinación de disfunción de los cortocircuitos cerebrales y hormonales neuroendocrinas relacionadas con la sobrealimentación patológica, la inactividad física y otras condiciones fisiopatológicas. (6)

La obesidad es un factor causal de enfermedades somáticas (síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, cáncer, daño hepático, trastornos endocrinológicos y en la fertilidad, enfermedades respiratorias, artropatías, etc.), merma la calidad de vida, incrementa la mortalidad. Además, se asocia con trastornos psiquiátricos frecuentes (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc.), es causa de complicaciones psicosociales (baja autoestima, acoso escolar, estigmatización social), y tal vez sea un marcador de rasgo de otras condiciones psicopatológicas primarias (trastornos de déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar). (7)

En los seres humanos, la regulación de la ingesta de alimentos se basa en un intrincado sistema de retroalimentación controlado por señales de hambre y saciedad. Estas señales se generan en el cerebro, el tejido periférico y/o los órganos a través de dos impulsos complementarios, que incluyen vías tanto homeostáticas como hedónicas. La vía de regulación hedónica o basada en la recompensa está relacionada con la vía de dopamina mesolímbica, que se estimula tanto en el abuso de drogas como en el consumo de alimentos muy sabrosos. La liberación de dopamina coordina la recompensa alimentaria, que se ve afectada en los adictos a la comida. Por lo contrario, la vía homeostática regula principalmente el equilibrio energético entre el cerebro y las periferias (por ejemplo, el tracto digestivo y el tejido adiposo). Esto significa que, basándose en la reserva de energía y el deseo psicológico de comida, el cerebro aumenta o disminuye la ingesta de alimentos interpretando las señales neuronales y hormonales recibidas desde las periferias. Por lo tanto, en ambas vías, un gran número de neurotransmisores (dopamina, cannabinoides, opioides ácido gamma-aminobutírico GABA y serotonina), neuropéptidos (oxitocina, neurotensina, melatonina, sustancia P) y hormonas (hormonas intestinales, hormonas de

la pituitaria anterior y adipocinas) muchos de las cuales también pueden detectarse en suero. (8)

El concepto de adicción a la comida es un factor potencialmente importante que contribuye al desarrollo de la obesidad en la población general. (8)

El comer por apetito sin control sería el desencadenante del exceso de peso. Demos, Heartherton y Kelley (2012) concluyen que se produce un aumento de la actividad del núcleo accumbens en presencia de imágenes de alimentos y correlaciona positivamente con un aumento de apetito, y que existe una falta de control en los individuos que comen en exceso. La obesidad y sus componentes (principalmente la adicción a la comida), son el resultado de un apetito descontrolado producido por un déficit de control, semejante a un problema de control de impulsos en vez de una dependencia a una sustancia. Así para que un individuo consiga engordar (de manera exógena) requiere el cumplimiento de algunas condiciones específicas como que el aporte calórico sea superior al gasto energético, disponer de vulnerabilidad genética propicia en un ambiente idóneo (Friedman,2003) y tener alterado el mecanismo de homeostasis energética o ignorar las señales de saciedad, para satisfacer otras necesidades internas (apetito). (9)

La Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2013, menciona que la obesidad es el resultado de exceso de ingesta durante un largo plazo en relación con el gasto de energía, así la obesidad no está clasificada como trastorno psiquiátrico en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, motivo por el cual no se ha establecido su relación con síndromes psicológicos y conductuales. (1)

La palabra adicción proviene del latín *addictio*: deudor, por falta de pago, que era entregado como esclavo a su acreedor. Según la Organización Mundial de la Salud, una adicción es una enfermedad física y psicoemocional; es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (codependencia). (4)

En 1966 Randolph describió la existencia de individuos que presentaban síntomas relacionados con determinados alimentos, con un patrón similar a lo observado en la adicción. La repetida exposición a ciertos alimentos, particularmente alimentos de elevada densidad energética, en individuos vulnerables, la densidad energética puede desencadenar un consumo compulsivo y un bajo control sobre la ingesta; de esta manera surge el término de adicción alimentaria. (4)

El consumo repetido de alimentos ricos en azúcares y grasas da lugar a una regulación disminuida de los receptores de dopamina y una disminución de la sensibilidad del circuito mesolímbico de recompensa; estos cambios ocurren en respuesta al abuso de sustancias en conductas adictivas como el alcohol, marihuana, cocaína y heroína. La disminución de la actividad de dopamina en el área tegmental ventral conduce un aumento importante en el consumo de alimentos. (4)

No existe una psicopatología específica del paciente con obesidad, pero sabemos que ciertos factores psicológicos (motivación y resistencia ante el cambio, impulsividad, funciones ejecutivas, regulación emocional y tendencia adictiva) podrían ser patogénicos ya antes de aparecer la adiposidad. Con ello se podrían definir perfiles psicopatológicos que continuasen algunas tipologías de obeso ya conocidas, como las debidas a un proceso de estigmatización del individuo en una sociedad competitiva que perpetua el descontrol de la ingesta. (7)

El término de adicción a la comida fue acuñado por primera vez en 1956 por Theron Randolph (Randolph, 1956). (10)

Los enfoques para examinar y definir sistemáticamente la adicción a la comida no surgieron hasta principios de la década de 2000. El término adicción a la comida a priori implica que el consumo de una sustancia (o en este caso varias sustancias que se combinan como alimento) es fundamental para este tipo de adicción. (11)

El síntoma de adicción a la comida más común evaluado con Yale Food Addiction Scale es un deseo persistente o esfuerzos infructuosos por reducir o controlar la alimentación, entre las personas obesas. Otros síntomas comúnmente respaldados son la alimentación continua a pesar de los problemas físicos o psicológicos y la tolerancia en muestras obesas. Los síntomas restantes (consumo de grandes cantidades o durante un periodo más largo de lo previsto, pasar mucho tiempo obteniendo alimentos o comiendo o recuperarse de sus efectos, al abandono de actividades importantes y síntomas de abstinencia), son menos comunes, que están respaldados por una proporción sustancial de individuos obesos. (11)

El *craving* se refiere a un deseo intenso de consumir una sustancia, este término no solo se refiere a drogas, sino también a otras sustancias como alimentos o bebidas no alcohólicas, en las sociedades occidentales, las personas suelen tener antojos de alimentos con alto contenido de azúcar o grasa, en consecuencia el alimento más solicitado es el chocolate,

seguido de la pizza, los alimentos salados, los helados y otros dulces o postres (tomando en cuenta que existen diferencias culturales en los tipos de alimentos deseados) es más probable que estos tipos de alimentos se consuman de manera adictiva según la evaluación de YFAS. De manera similar, los patrones de activación de las estructuras neuronales subyacentes a la experiencia de antojo, se superponen en gran medida entre diferentes sustancias, incluida la comida. Así el criterio de experimentar con frecuencia antojo o un fuerte impulso de consumir una sustancia puede traducirse en comida y representa un síntoma importante en la adicción a la comida. (11)

El consumo excesivo y el consiguiente aumento de peso relacionado con una respuesta dopaminérgica atenuada también podrían proporcionar una justificación para el hallazgo de que la prevalencia de adicción a la comida es mayor en personas con sobrepeso y obesidad. Si bien las técnicas de neuroimagen se han convertido en un método popular para explorar la adicción a la comida, solo un estudio de neuroimagen (resonancia magnética) se ha investigado el fenotipo de la adicción a la comida como lo definen los criterios de dependencia de sustancias del DSM. Este estudio identificó similitudes en las respuestas neuronales entre la alimentación de tipo adictivo y la adicción tradicional en la obesidad. (12)

No hay consenso de que la adicción a la comida sea un trastorno clínico ni existe una definición universal aceptada. Ha surgido una definición ampliamente utilizada de adicción a la comida al mapear los criterios de diagnóstico del DSM-IV para la dependencia de sustancias a los comportamientos alimentarios, en estos se incluyen: tolerancia, síntomas de abstinencia, cantidades consumidas más grandes de lo previsto, deseo persistente o intentos fallidos de reducir mucho tiempo dedicado a consumir o recuperarse de sustancias, uso continuo a pesar del conocimiento de las consecuencias, actividades abandonadas debido al uso de sustancias. (12)

El DSM-5 incluye una sección de trastornos no relacionados con sustancias que define la adicción como un perfil de conductas, en las que cabría la ingesta excesiva sin hambre. (7)

Los alimentos de alta palatabilidad, como son los que tienen alto contenido de azúcar, grasa y sal, tienen efectos similares al de algunas drogas adictivas, en el cerebro, así individuos adictos a drogas, consumidores compulsivos e individuos obesos muestran reducciones en la actividad dopaminérgica, pobre control inhibitorio y reducida sensibilidad al placer. (13)

Al igual que otras formas de adicción, la comida y la ingesta pueden adquirir una cualidad mágica que sesga y reduce la prioridad de otras elecciones importantes, lo que a veces le roba al adicto a la comida la capacidad de actuar (como guardar alimentos tóxicos). De esta forma, la comida puede adquirir las mismas cualidades que el alcohol u otras sustancias de adicción. El adicto a la comida puede perder su capacidad de resistencia y libertad para elegir la comida, como alimento y no como un sustituto de una vida de negaciones y/o derrotas percibidas. La comida ejerce una influencia sobrevalorada en la vida del adicto a la comida, su cuerpo y su capacidad para disfrutar la intimidad y un amor genuinos. (4)

Pese a que ya se han identificado las poblaciones que son vulnerables para la adicción alimentaria, en la actualidad no existen criterios de diagnóstico establecidos para este trastorno en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM-V). Sin embargo, existen diversos instrumentos que han sido construidos sobre la base de las características propias de la adicción alimentaria y de los criterios de los trastornos por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas) propuestas en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM-V). Uno de los instrumentos es la Addiction-like Eating Behavior Scale validado recientemente en Reino Unido. Otra herramienta es la denominada Yale Food Addiction Scale Versión 2.0 publicada en 2016. Se trata de un auto informe de 31 ítems que clasifica el trastorno en leve, moderado y grave. Este instrumento es el más usado en diferentes países, puesto que fue creado con la finalidad de brindar una medida validada sobre el comportamiento adictivo, basado en los criterios diagnósticos de dependencia de sustancia según el Manual y Estadísticas de Enfermedades Psiquiátrica, V edición (DSM-V). (14)

En América Latinoamérica existen otros instrumentos traducidos al castellano que evalúan la adicción a la comida o deseo por comer, la validación de Yale Food Addiction Scale Instrument en Chile y Brasil, se realizó en adultos con IMC clasificado como obesidad. (14)

En México se validó el instrumento YFAS traducido al español para evaluar la adicción a la comida o el deseo de comer, evalúa los hábitos y actitudes asociados con la obesidad y el sobrepeso, en este estudio se reclutaron 160 participantes entre febrero y julio del 2015, participaron personas de 14 a 37 años de los cuales 123 (77%) fueron mujeres, en cuanto al IMC, 71 (46%) participantes se ubicaron en el rango normal, 51 (33%) en el rango de sobrepeso y 31 (21%) en el rango de obesidad. De la totalidad de sujetos con obesidad, 20 (65%) tuvieron obesidad grado I, 8(26%) tuvieron grado II y 3 (9.9%) tuvieron obesidad

mórbida. Considerando la muestra sin distinción de género, 46.1% tuvo un IMC normal y 53.95 fue el porcentaje combinado entre sobrepeso y obesidad. (5)

Por medio del método de extracción de componentes principales identificaron siete componentes con valores propios mayor a la unidad. De los cinco componentes principales el primero consta de los reactivos 1,2,3,4,5,6,7, 12,13 y 20, los cuales representan tres de los siete criterios que conforman el constructo de adicción a sustancias. Estos son: consumo de la sustancia en mayor cantidad o durante más tiempo que lo que el sujeto pretende, emplear mayor tiempo en obtener-usar la sustancia, presencia de síntomas de abstinencia. El segundo componente contiene las preguntas 9,15,17,19 y 21, corresponden a los criterios de tolerancia, es decir, la continuidad del uso a pesar de conocer sus consecuencias negativas y de los que describen disfunción y el malestar secundario. El tercer componente, formado por las preguntas 22,23, 24 y 25, indican el criterio de deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo. El cuarto componente, lo integran las preguntas 8,10 y 14 que constituyen el criterio de reducción o cese de actividades sociales ocupacionales o recreativas a excepción de la pregunta 14 que es parte del criterio de abstinencia. El quinto componente formado por las preguntas 11,15 y 18 que muestran las consecuencias de malestar y disfunción y con el criterio de reducción o cese de actividades sociales ocupacionales o recreativas. (5)

De esta manera contar con un instrumento como este en español abre la posibilidad de detectar en pacientes mexicanos una conducta de hiperfagia que puede reflejar rasgos de trastornos psiquiátricos que lleven al desarrollo de obesidad, lo que facilitara su tratamiento y otorgando un abordaje más amplio ya acorde al fenómeno natural de apetencia. (5)

Una mayor aceptación de la afirmación de que la obesidad es una forma de adicción a la comida puede tener implicaciones importantes para la forma en que se trata la obesidad. (15)

Dado que la adicción a los alimentos no tiene aún identidad diagnóstica consensuada no se puede hablar de tratamientos psicológicos específicos. Los tratamientos aplicados son: La terapia Cognitivo Conductual, que ha demostrado resultados satisfactorios tanto en la reducción de síntomas de la adicción a la comida (evaluado mediante la YFAS) (Hilker, Sánchez, Jimenes- Murcia, Granero y cols., in press). La terapia interpersonal se ha utilizado con buenos resultados en pacientes con sobrepeso y obesidad que refieren pérdida del control de la ingesta, esta terapia se centra en los problemas interpersonales,

mejora el estado de ánimo y aumenta los sentimientos de autoeficacia de los pacientes. La terapia dieléctrica conductual propuesta por Linehan 1993, concentrada en la regulación emocional, parece presentar resultados prometedores para aspectos asociados a las adicciones. (10)

Es posible que una adicción fisiológica a los alimentos sustentada por mecanismos neuronales pueda ayudar a explicar parte de la ineficacia de los programas actuales de peso que se centran en la dieta y el ejercicio. (11)

La identificación y el posible tratamiento de los síntomas de adicción a la comida a una edad temprana podrían evitar el traspaso de las tendencias de la adicción a la comida de la niñez a la edad adulta, al igual que el mayor riesgo de obesidad adulta asociado con la obesidad infantil. (11)

La obesidad se ha descrito como una epidemia mundial con un 36.9% de hombres y un 38% de mujeres en todo el mundo clasificados con sobrepeso u obesidad. Esto es significativo dado el mayor riesgo de enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, así como las implicaciones psicológica, incluida la disminución de la calidad de vida y el estigma social relacionado con el peso. (12)

En el 2016 la Organización Mundial de la Salud calculó que alrededor de 41 millones de menores de cinco años padecían sobrepeso u obesidad en México la encuesta nacional de salud y nutrición 2016 reportó que 33.25 de niños entre cinco y once años, así como 36.3% de adolescentes entre 12 y 19 años padecen sobrepeso u obesidad. (15)

Los resultados de las últimas Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición realizadas en México (INSP, 2006, 2012 Y 2016), que muestran el aumento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos en el periodo comprendido entre 2006 y el 2012 el sobrepeso disminuyó 5% mientras que la obesidad aumentó un 3% (INSP, 2012); para el periodo 2012 a 2016 el sobrepeso no mostro cambios respecto al periodo anterior, mientras que la obesidad aumentó en un 5.4% (INSP 2016). La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2016 fue de 71.2% (48.6 millones de personas), siendo mayor en las mujeres (75.6%) que en hombres (64.4%). La prevalencia de obesidad es mayor en el sexo femenino que en el masculino (38.6% y 27.7%). (3)

La obesidad es una condición multifacética y representa una pandemia que necesita atención urgente. En Canadá, más de uno de cada cuatro adultos obesos y la provincia de Terranova tiene una de las tasas más altas de obesidad del país. En un estudio anterior

sobre la población general de Terranova, el laboratorio descubrió que la alimentación compulsiva crónica, definida como adicción a la comida por la escala de adicción a la comida de Yale (YFAST), contribuye significativamente a la obesidad humana. Además, el recuento de síntomas clínicos de adicción a la comida definido por la YFAST está altamente asociado con la gravedad de la obesidad. (8)

En España se realizó el primer estudio que exploraba la prevalencia de adicción a la comida en una muestra de pacientes, el 72.8% cumplía criterios para este diagnóstico según YFAS. La adicción a la comida ha sido estudiada en muestras de niños y adolescentes mediante la Yale Food Addiction Scale versión para niños, en estas poblaciones se ha encontrado una prevalencia de hasta un 38% en una muestra de adolescentes obesos. (10)

En adolescentes de Alemania (N=51) con obesidad y sobre peso, un estudio reportó que 38% calificaba con un diagnóstico de adicción alimentaria. (14)

Un trabajo de revisión con adultos y niños sobre prevalencia de la adicción a la comida, analizó 25 estudios con un total de 1996 211 participantes predominantemente femeninos, con sobrepeso/ obesos (60%). A través del metaanálisis se encontró que 19.9% calificaba para la adicción a la comida, con puntuación más alta en población adulta mayor de 35 años, mujeres y participantes con sobrepeso/obesidad. (14)

Las consecuencias de padecer adicción a la comida, como en el reporte de un estudio realizado en más de 200 niños israelíes, mostró que la adicción a la comida se asocia significativamente a una alta prevalencia de obesidad. En Estados Unidos una investigación con 150 niños determino que la adicción alimentaria se vincula a la obesidad. (14)

Por otra parte, un estudio realizado en Estados Unidos con 356 participantes de las minorías sexuales (gay, lesbianas u bisexuales), mostro que estas personas tienen el doble de prevalencia de adicción a los alimentos en relación con los heterosexuales. Además, a dicha población, al experimentar mayores síntomas de adicción alimentaria, en este estudio se le consideró como una población en riesgo. (14)

En un estudio realizado en adolescentes mexicanos se encontró que con respecto a la edad la mayor parte de los adolescentes que cumplieron los criterios para adicción a la comida corresponden a los participantes de 17años (25%, así mismo dentro de este grupo etario predominaron los adolescentes con obesidad y adicción a la comida (33.3%). (17)

En 2016 en México, un estudio con (N=160) adultos para validar la escala de adicción a los alimentos de Yale mostro un α de Cronbach para los 22 reactivos transformables fueron 0.7963. El coeficiente de Spearman para las dos aplicaciones de la escala de Yale fue $r=0.565$, $p>0.01$, $n=96$, esto sugirió que los criterios evalúan una conducta alimentaria excesiva episódica, asociada a componentes emocionales como culpa y ansiedad. (5)

En cuanto al análisis factorial, determinaron cinco componentes que incluyeron todos los reactivos en comparación con el estudio original que determino cuatro, incluyendo solo 21 de los 25 reactivos. El primer componente fue el más extenso y el que representa la esencia de constructo de adicción por los alimentos en cuanto a lo que implica un mayor y desmedido consumo. El segundo describió bien las consecuencias asociadas a ese consumo desmedido. El tercero expreso adecuadamente lo frágil que resulta la voluntad en cuanto al esfuerzo por frenar el consumo. El cuarto componente expresó el descuido de las demás actividades, y el quinto, que estuvo compuesto por aquellas preguntas que exploran la disfunción y el malestar y que fueron excluidas del estudio original. Se conservo la estructura factorial de los criterios que conforman el constructor de adicción a los alimentos. En cuanto a la correlación entre la escala de Yale y el IMC, el coeficiente de Spearman sugirió una relación positiva débil, lo que implica que podría presentarse una conducta adictiva a los alimentos aun en individuos con peso normal. Por lo que sería recomendable un muestreo que considerara una población con mayor prevalencia de obesidad para evaluar su correlación con la YFAS. (5)

Las tasas de prevalencia de estos diagnósticos de adicción a los alimentos oscilan entre aproximadamente del 15-25% en muestras obesas y 30-50% en pacientes con obesidad mórbida. (11)

Un metaanálisis indicó que las mujeres con sobrepeso/ obesidad mayores de 35 años pueden estar más predispuestas a la adición a los alimentos, según la evaluación de YFAS. (12)

Se han estudiado paralelismos entre la dependencia de sustancias y el excesivo consumo de alimentos hiper-palatables, debido a esto, se ha argumentado que la obesidad debería ser considerada como un desorden a nivel cerebral e incluida como categoría en el Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V). (13)

La prevalencia de la adicción a la comida se ha evaluado en países individuales, pero ningún estudio único ha examinado la adicción a la comida en todos los países. Tampoco

está claro que efecto puede tener la prevalencia y la aceptación de la adicción a la comida sobre el estigma basado en el peso. América del Norte y Australia poseen el IMC más alto entre los países desarrollados. En este estudio encontraron diferencias significativas en la etiología de la adicción en estos países, que puede proporcionar información sobre el impacto de la comprensión neurobiológica. (15)

Pedram et al informan de una asociación positiva entre el diagnóstico de adicción a la comida y el índice de masa corporal, una breve revisión realizada por Meule, demuestra una relación no lineal, por las cuales las tasas de adicción a la comida son más altas entre personas con sobrepeso y que aumenta aún más con la obesidad. (15)

Un estudio reciente demostró que los adultos con adicción a la comida tenían una puntuación significativa más alta en un índice genético compuesto de la fuerza de señalización de la dopamina. Otro estudio de neuroimagen también encontró que la activación del circuito de recompensa en la amígdala y el núcleo caudado, en respuesta a una señal de comida, se asoció positivamente con síntomas de adicción a la comida en un grupo de mujeres adultas. En conjunto, estos hallazgos encajan con otras pruebas psicoconductuales de que la adicción a la comida, es un fenotipo de obesidad de alta respuesta a la recompensa. (18)

El estudio publicado en el American Journal of Clinical Nutrition, examinó los efectos de los alimentos con alto índice glucémico en la actividad cerebral, utilizando imágenes de resonancia magnética funcional. Una docena de hombres con sobrepeso u obesos de 18 a 35 años de edad consumieron una comida con alto índice glicémico y una con bajo índice glicémico. La resonancia magnética funcional se realizó cuatro horas después de cada comida de prueba. De acuerdo con los investigadores, después de consumir una comida con alto índice glicémico, el azúcar en la sangre inicialmente aumenta seguida por un caída brusca pocas horas más tarde. La resonancia magnética funcional confirmó que esta caída de la glucosa en la sangre activa una región relacionada con el comportamiento adictivo, conocida como núcleo accumbens. (19)

Una investigación experimental reciente encontró que cuando a una selección aleatoria de participantes adultos, presentó un modelo de obesidad de adicción a los alimentos con un enfoque en los mecanismos biológicos causales, la estigmatización y la culpa hacia las personas con sobrepeso se redujo en comparación con las calificaciones de otro grupo de participantes que recibieron un modelo de obesidad sin adicción. En el primer grupo,

también hubo una reducción en la opinión de que los individuos obesos tiene problemas mentales y una disminución en el miedo de los participantes al aumento de peso personal. (19)

Actualmente, diversas investigaciones han aportado que la exposición a comida hipercalórica genera alteraciones en la expresión de genes a nivel del núcleo accumbens, los cuales tienen el potencial de ser transmitidas a la descendencia, mediante procesos de programación fetal y están presentes hasta la tercera generación. Los resultados demuestran que la adquisición de un comportamiento similar al adictivo hacia la comida en los padres puede transmitirse a su descendencia mediante cambios selectivos en la expresión genética selectiva de genes de la vía inflamatoria en la región del NAc. (20)

Un estudio realizado con pacientes con obesidad, refleja que la exposición a una realidad virtual usada como una alternativa, reduce las ansias por ingerir alimentos con alto contenido calórico. Sin embargo, la adicción a la comida al no poseer una caracterización para su diagnóstico específico, evidentemente carece también de tratamiento específico. No obstante, lo anterior, uno de los tratamientos contra la adicción alimentaria es la terapia de motivación, ya que se observó que brinda mejoría clínica a través de aquellos factores que podrían ocasionar vulnerabilidad al paciente, tratando la impulsividad y la regulación emocional. Así mismo, la terapia de aceptación y compromiso se ha empleado en personas adultas obesas con altos niveles de adicción alimentaria. No obstante, se requieren más estudios para garantizar su efectividad, pues debe incluir el manejo de tolerancia a la angustia psicológica y control de emociones. Esto porque dichos pensamientos favorecen el seguir comiendo y desarrollar el auto control en la alimentación. (14)

Si bien es cierto que estas terapias han brindado resultados favorables en la mejoría clínica de la adicción alimentaria, hasta la fecha no han encontrado estudios como ensayos clínicos o revisiones sistemáticas realizadas en Latinoamérica que avalen la efectividad y significancia de estos tratamientos. (14)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2016, 39% (N=1900 millones) de la población mundial adulta mayor de 18 años de edad tenía sobrepeso, mientras que 13% (N=650 millones) padecía obesidad. Así también, en los últimos 41 años la prevalencia de este trastorno ha crecido de 4% en 1975 a más de 18% en 2016. En Latinoamérica, 58% de la población tiene sobrepeso y 23% padece de la obesidad, afectando más a mujeres y niños. (14)

En el 2016 la Organización Mundial de la Salud, calculo que alrededor de 41 millones de menores de cinco años padecían sobrepeso u obesidad. En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reporto que 33.2% de niños entre cinco y 11 años, así como 36.3% de adolescentes entre 12 y 19 años padecen sobrepeso y obesidad. (16)

Las proyecciones son alarmantes: se prevé que en el 2030 la prevalencia de sobrepeso y obesidad mundiales sean de 89% y 48%, respectivamente. (7)

Cada año a nivel mundial, 2.8 millones de muertes se atribuyen al sobrepeso y obesidad. (2)

Se realizó un estudio descriptivo y trasversal, de mayo de 2018 a junio del mismo año en una muestra de 349 niños y niñas, detectándose 95 personas con diagnóstico de sobrepeso u obesidad según el índice de masa corporal propuesto por la OMS. Se aplico la escala de adicción a los alimentos de Yale, se detectaron 55 personas con propensión a desarrollar dicha afección (15.8%) así como 42 con adicción a la comida (12%). (16)

En países desarrollados (en Europa, Asia y Norteamérica), existen reportes de adicción alimentaria en niños, adolescentes, estudiantes universitarios, grupos de minorías sexuales, mujeres y población adulta, que padecen obesidad y/o sobrepeso. (14)

En Latinoamérica, estudios realizados en Chile reportan que 10% de estudiantes universitarios con obesidad sufren adicción alimentaria, mientras que en Brasil 45% de adultos tienen el mismo trastorno. (14)

La prevalencia observada fue más elevada en adultos mayores de 35 años, de sexo femenino y en individuos con sobrepeso y obesidad. Además, encontraron que las poblaciones clínicas cumplían más del doble de criterios de Adicción a la Comida (Pursey, Stanwell, Gearhard, Collins, y Burrows, 2014). Por lo tanto, la AC ha sido ampliamente estudiada en población obesa y con sobrepeso (Pedram et al.,2013). Incluso se ha llegado

a plantear que la AC podrá ser un fenotipo valido de obesidad dado que en una muestra de adultos obesos se encontró una prevalencia de AC del 25% (Davis et al., 2011). (10)

Actualmente se cuenta con un estudio publicado en el American Journal of Clinical Nutrition en el año 2016, en el cual se examinó el efecto de los alimentos con alto índice glucémico, resultado que estimulo regiones cerebrales relacionados con la recompensa y el placer, cuya estimulación a largo plazo desarrolla el proceso de la adicción. (18)

En los últimos años, una nueva corriente de investigación empieza a observar que determinados alimentos ultra procesados, o ingredientes presentes en estos, pueden desarrollar comportamiento adictivos, lo que podría favorecer el desarrollo de adicción a la comida, por lo tanto, contribuir con la pandemia de obesidad. (10)

La utilidad de esta investigación es determinar la conducta alimentaria adictiva y el grado de la adicción a los alimentos que presentan los pacientes con sobrepeso/obesidad. La obesidad predispone a múltiples enfermedades sistémicas y cronicodegerativas; por lo que es necesario abordar esta enfermedad no solo en los ámbitos cultural, social, nutricional y de falta de actividad física, sino identificando a los pacientes que son adictos a la comida para poder otorgar una psicoterapia oportuna y así evitar la afección de la calidad de vida del paciente.

Por lo anterior me permito realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, que se pueden encontrar mediante la aplicación de la escala de YFAS, en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33?

5. OBJETIVOS.

Objetivo general.

1. Estimar la presencia de los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, medidos con la escala de YFAS, en pacientes con y sin obesidad de la UMF 33.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores sociodemográficos, en los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33.
2. Clasificar a los pacientes con base en su Índice de masa corporal en la UMF 33.
3. Determinar si la escala de YFAS es útil para medir los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad en pacientes con y sin obesidad.
4. Correlacionar el IMC con los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad en pacientes con y sin obesidad de la UMF 33.
5. Identificar la gravedad de la conducta alimentaria adictiva en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33.

6. MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual, es una unidad de primer nivel de atención, cuya afluencia es la población derechohabiente a dicho instituto. La Unidad de Medicina Familiar pertenece a la Delegación Norte del distrito Federal del I.M.S.S., ubicada en la zona noreste del distrito Federal entre las Avenidas Aquiles Serdán, Avenida de las Culturas y Avenida Renacimiento S/N, Colonia El Rosario, Azcapotzalco, Ciudad de México, en el servicio de consulta externa, con la finalidad de buscar la presencia de los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad en los pacientes con y sin obesidad.

Se realizó un estudio de casos y controles, retrospectivo, correlacional, se calculó el tamaño de la muestra con un intervalo de confianza del 95%. La selección de la muestra se realizó a través de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que tenían otro tipo de adicciones (alcohol, tabaco, drogas o psicotrópicos), que se encontraran en tratamiento de antidepresivos o fármacos anti-obesidad o dieta terapia, y pacientes que hayan tenido cirugía de reducción gástrica.

El grupo de casos estuvo integrado por 58 pacientes que presentaron un IMC entre 25kg/m² para sobrepeso y 30 kg/m² para obesidad.

Para integrar el grupo de controles se consideraron los pacientes con un IMC de 18.6-24.9 kg/m², peso normal.

En ambos grupos, se realizó la aplicación de un cuestionario para la identificación de factores sociodemográficos como: edad, genero, grado de estudios y estado civil.

Para la identificación de los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad se utilizó la escala de YFAST, ya que permite evaluar la adicción a la comida o el deseo de comer, evalúa los hábitos y actitudes con la obesidad y el sobrepeso. Por medio de este método se identificaron siete patrones con valores propios mayor a la unidad. De los siete patrones, el primero consta del consumo de la sustancia en mayor cantidad o durante más tiempo que lo que el sujeto pretende, el segundo patrón corresponde a los criterios de tolerancia, el tercer patrón indica el deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo. El cuarto patrón corresponde a la reducción o cese de actividades sociales

ocupacionales o recreativas, el quinto patrón que indica las consecuencias de malestar y disfunción, el sexto patrón indica la tolerancia y el séptimo patrón corresponde a síntomas de abstinencia. La escala también valora la gravedad de la adicción a los alimentos en función de la puntuación obtenida, que puede ir de 2 a 3 síntomas se determina como leve, 4 a 5 moderada y 6 a 11 grave.

El análisis de los datos se realizó a través del programa Epidat V 4.1, utilizando la estadística inferencial; la asociación de variables se realizó a través de la prueba ji cuadrada, la representación gráfica de los resultados se realizó con grafica de pasteles y de barras.

Este estudio se consideró sin riesgo para los participantes, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las mujeres participantes y se apega a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

7. RESULTADOS

En el presente estudio se consideró una muestra de 173 pacientes con y sin obesidad, los cuales fueron divididos en dos grupos de acuerdo al índice de masa corporal. El grupo de los casos se integró de 58 pacientes que presentaban sobrepeso y obesidad, que obtuvieron un índice de masa corporal mayor a 25. El grupo de controles se integró de 115 pacientes con normopeso, que obtuvieron un índice de masa corporal menor de 25.

De acuerdo a la escala de YFAS aplicada se obtuvieron los siguientes resultados:

Para el grupo control (pacientes con normopeso). Se observó lo siguiente: de los 115 (100%) pacientes con normopeso (controles), 29.6% (n=34) tenían entre 18 a 28 años de edad, 27.8% (n=32) tenían entre 29 a 38 años, 9.6% (n=11) tenían entre 39-49 años, 18.3% (n=21) tenían entre 50 a 59 años y 14.8% (n=17) tenían más de 60 años (tabla y grafica 1). Mientras que de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 22.4% (n=13) tenían entre 18 a 28 años, 22.4 % (n=13) tenían entre 29 a 38 años, 12.1% (n=7) tenían entre 39 a 49 años, 22.4% (n=13) tenían entre 50 a 59 años y 20.7% (n= 12) tenían más de 60 años de edad (como se puede observar en la tabla y grafico 2)

Grupo control		
N	Edad	% (n)
115	18-28	29.6 (34)
	29-38	27.8 (32)
	39-49	9.6 (11)
	50-59	18.3 (21)
	Mayor 60	14.8 /17)

Grupo casos		
N	Edad	% (n)
58	18-28	22.4 (13)
	29-38	22.4 (13)
	39-49	12.1 (7)
	50-59	22.4 (13)
	Mayor 60	20.7 (12)

En relación a la distribución de acuerdo al sexo, para el grupo control, N=115 (100%), pacientes con normopeso, 65.2% (n=75) fueron mujeres y 34.8% (n=40) fueron hombres (Tabla y grafica 3). En tanto que de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 67.2% (n=39) fueron mujeres y 32.8% (n=19) fueron hombres. (Tabla y grafica 4)

Grupo control		
N	sexo	% (n)
115	Mujer	62.5 (n=75)
	Hombre	34.8 (n=40)

Grupo casos		
N	Sexo	% (n)
58	Mujer	67.2 (75)
	Hombre	32.8 (40)

Considerando la distribución de acuerdo al grado de estudios para el grupo control, N=115 (100%) pacientes 39.1% (n=45) tenían como grado de estudios licenciatura y el 5.2% (n=6) estudios básicos primaria. licenciatura y 6 (5.2%) tenían la primaria. (Tabla y grafica 5). Por otro lado, de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 29.3% (n= 17) tenían como grado de estudios la licenciatura y 4 (6.9%) tenían la primaria 10.3% (n=6). (Tabla y grafica 6)

Grupo control		
N	Escolaridad	% (n)
115	Primaria	5.2 (6)
	Secundaria	20 (23)
	Bachillerato	30 (26.1)
	Licenciatura	39.1 (45)
	Posgrado	9.6 (11)

Grupo casos		
N	Escolaridad	% (n)
58	Primaria	22.4 (13)

	Secundaria	22.4 (13)
	Bachillerato	12.1 (7)
	Licenciatura	22.4 (13)
	Posgrado	20.7 (12)

Con base en la distribución de acuerdo al estado civil de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 51.35 (n=59) eran solteros, 42.6% (n=49) eran casados y 6.1% (n=7) eran separados. (Tabla y grafica 7). Y de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 48.3% (n=28) eran solteros, 36.2% (n=21) y 15.5 % (n=9) eran separados. (Tabla y grafica 8)

Grupo control		
N	Estado civil	% (n)
115	Soltero	51.3 (n=59)
	Casado	42.6 (n=49)
	Separado	6.1 (n=7)

Grupo casos		
N	Estado civil	% (n)
58	Soltero	48.3 (23)
	Casado	36.2 (21)
	Separado	15.5 (9)

Patrón de consumo de alimentos (escala de YFAST)

Relación. Patrones de consumo. Instrumento YFAST	
Patrón 1	Sustancia consumida en mayor cantidad y durante un periodo más largo de lo previsto
Patrón 2	Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia
Patrón 3	Mucho tiempo para obtener, consumir o recuperarse
Patrón 4	Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional

Patrón 5	Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas, por ejemplo: falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente sospechoso
Patrón 6	Tolerancia, marcado aumento de la cantidad; marcado descenso del efecto
Patrón 7	Síntomas de abstinencia característicos o ingesta de sustancias para aliviar los síntomas de abstinencias
<i>Esta tabla se realiza como referencia para los patrones de consumo</i>	

Respecto a la distribución de acuerdo al patrón 1 (Sustancia consumida en mayor cantidad y durante un periodo más largo de lo previsto) de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 81.7% (n=94) si lo presentaron y 18.3% (n=21) no lo presentaron (Tabla y grafica 9). Por otro lado, de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos) 98.3% (n=57) si lo presentaron y 1.7% (1) no lo presentaron. (Tabla y grafica 10)

Patrón 1. Sustancia consumida en mayor cantidad y durante un periodo más largo de lo previsto.			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	81.7% (n= 94)	Presente	98.3%(n=57)
Ausente	18.3% (n= 21)	Ausente	1.7% (n= 1)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Considerando la distribución de acuerdo al patrón 2 (Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia) de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 88.7% (n=102) si lo presentaron y 11.3% (13%) no lo presentaron (Tabla y grafica 11). En tanto que de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 91.4% (n=53) si lo presentaron y 8.6% (n=5) no lo presentaron. (Tabla y grafica12)

Patrón 2. Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	88.7% (n= 102)	Presente	91.4%(n=53)
Ausente	11.3% (n= 13)	Ausente	8.6% (n= 5)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Con base en la distribución de acuerdo al patrón 3 (Mucho tiempo para obtener, consumir o recuperarse) de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 52.2% (n=60) si lo presentaron y 47.8% (n=55) no lo presentaron (Tabla y grafica 13). Por otro lado, de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 67.2% (n=39) si lo presentaron y 32.8% (n=19) no lo presentaron. (Tabla y grafica 14)

Patrón 3. Mucho tiempo para obtener, consumir o recuperarse			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	52.2% (n= 60)	Presente	67.2%(n=39)
Ausente	47.8% (n= 55)	Ausente	32.8% (n= 19)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

En relación a la distribución de acuerdo al patrón 4 (Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional) para el grupo control N=115 (100%), pacientes con normopeso, 20.9% (n=24) si lo presentaron y 79.1% (n=91) no lo presentaron (tabla y grafica 15). En tanto que de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 62.1%(n=36) si lo presentaron y 37.9% (n=22) no lo presentaron. (Tabla y grafica 16)

Patrón 4. Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	20.9% (n= 24)	Presente	62.1%(n=36)
Ausente	79.1% (n= 91)	Ausente	37.9% (n= 22)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

En cuanto a la distribución de acuerdo al patrón 5 (Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas, por ejemplo: falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente sospechoso) para el grupo control N=115 (100%), pacientes con normopeso, 10.4% (n=12) si lo presentaron y 89.6%(n=103) no lo presentaron (Tabla y grafica 17) Mientras que, de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 48.3%(n=28) si lo presentaron y 51.7%(n=30) no lo presentaron. (Tabla y grafica 18)

Patrón 5. Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas, por ejemplo: falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente sospechoso			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	10.4% (n= 12)	Presente	48.3% (n=28)
Ausente	89.6% (n= 103)	Ausente	51.7% (n= 30)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Considerando la distribución de acuerdo al patrón 6 (Tolerancia, marcado aumento de la cantidad; marcado descenso del efecto) de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 20 % (n=23) si lo presentaron y 80%(n=92) no lo presentaron (Tabla y grafica 19). Por otro lado, de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 50%(n=29) si lo presentaron y 50%(n=29) no lo presentaron. (Tabla y grafica 20)

Patrón 6. Tolerancia, marcado aumento de la cantidad; marcado descenso del efecto			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	20% (n= 23)	Presente	50%(n=29)
Ausente	80% (n= 92)	Ausente	50% (n= 29)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Respecto a la distribución de acuerdo al patrón 7 (Síntomas de abstinencia característicos o ingesta de sustancias para aliviar los síntomas de abstinencias) de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 37.4%(n=43) si lo presentaron y 62.8% (n=72) no lo presentaron (Tabla y grafica 21). Y de los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 53.4%(n=31) si lo presentaron y 46.6%(n=27) no lo presentaron. (Tabla y grafica 22)

Patrón 7. Síntomas de abstinencia característicos o ingesta de sustancias para aliviar los síntomas de abstinencias			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	37.4% (n= 43)	Presente	53.4% (n=31)
Ausente	62.6% (n= 72)	Ausente	46.6% (n= 27)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

En cuanto a la distribución de acuerdo a la presencia de adicción en el grupo control N=115(100%), pacientes con normopeso, 76.5%(n=88) si la tenían y 23.5%(n=27) no la tenían (Tabla y grafica 23). Por otro lado, de los 58(100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 87.9% (n=51) si la tenían y 12.1% (n=7) no la tenían. (Tabla y grafica 24).

Presencia de la adicción			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Presente	76.5% (n= 88)	Presente	87.9% (n=51)
Ausente	23.5% (n= 27)	Ausente	12.1% (n= 7)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Considerando la distribución de acuerdo a la presencia del grado de adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 23.5% (n=27) sin adicción alimentaria, 27.8% (n=32) presentaron adicción leve, 12.2% (n=14) con adicción moderada y 36.5% (n=42) con adicción grave (Tabla y grafica 25). Mientras que de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 12.1% (n=7) no tenían adicción, 13.8%(n=8) tenían adicción leve, 13.8%(n=8) tenían adicción moderada y 60.3%(n=35) tenían adicción grave. (Tabla y grafica 26).

Grado de adicción			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Sin adicción	23.5% (n= 27)	Sin adicción	12.1% (n=7)
Adicción leve	27.8% (n= 32)	Adicción leve	13.8% (n= 8)
Adicción moderada	12.2 % (n=14)	Adicción moderada	13.8% (n=8)
Adicción grave	36.5% (n=42)	Adicción grave	60.3% (n=35)
Total	100 % (115)	Total	100% (58)

Respecto a la distribución de acuerdo a la presencia de la adicción y la gravedad de la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 27 no tenían adicción, 32 tenían adicción leve, 14 con adicción moderada y 42 con adicción grave (Tabla y grafica 27). En tanto de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos),7 no la tenían, 8 tenían adicción leve, 8 tenían adicción moderada, 35 tenían grave (Tabla y grafica 28). Respecto a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia de la adicción

y el grado de adicción de los pacientes con normopeso (controles) y sobrepeso/obesidad (casos), ($p=0.000$) (Tabla 29 y 30).

Presencia de adicción y la gravedad de la adicción			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Sin adicción	n= 27	Sin adicción	n=7
Adicción leve	n= 32	Adicción leve	n= 8
Adicción moderada	n=14	Adicción moderada	n=8
Adicción grave	n=42	Adicción grave	n=35
Total	115	Total	58

En cuanto a la distribución de acuerdo a la presencia del número de patrones y la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso(controles), 7 no tenían algún patrón y no tenían adicción, 2 si la presentaron con un patrón, y 7 no la tenían con un patrón, 16 si la tenían con dos patrones y 12 no la tenían con 2 patrones, 25 si la tenían con 3 patrones y 1 no la tenía con 3 patrones, 24 si la tenía con 4 patrones, 10 si la tenía con 5 patrones, 8 si la tenían con 6 patrones y 3 si la tenían con 7 patrones (Tabla y grafica 31). Y de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 1 no tenía adicción y tenía 1 patrón, 6 tenían adicción y 2 patrones, 2 tenían 2 patrones y no tenían la adicción, 8 tenían 3 patrones y adicción, 3 tenían 3 patrones y no tenían adicción, 8 tenían 4 patrones y adicción, 1 tenía 4 patrones y no tenía adicción, 3 tenían 5 patrones y adicción, 8 tenían 6 patrones y adicción, 18 tenían 7 patrones y adicción (Tabla y grafica 32). Respecto a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del número de patrones y la presencia de adicción en pacientes con normopeso ($p=0.000$), también se identificó asociación significativa entre la presencia del número de patrones y la presencia de la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad (casos) ($p=0.021$) (Tablas 33 y 34)

Numero de patrones y la presencia de la adicción					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Numero de patrones	Adicción		Numero de patrones	Adicción	
	presente	Ausente		Presente	Ausente
0	0	7	0	0	1
1	2	7	1	6	0

2	16	12	2	0	2
3	25	1	3	8	3
4	24	0	4	4	1
5	10	0	5	3	0
6	8	0	6	8	0
7	3	0	7	18	0
Total	88	27	Total	51	7

En relación a la distribución de acuerdo a la presencia del número de patrones y la gravedad de la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 100% (n=7) no tenían algún patrón ni adicción, 77.8%(n=7) tenían un patrón sin adicción, 22%(n=2) con adicción leve y un patrón, 42.9%(n=12) tenían un patrón sin adicción, 35.7%(n=10) tenían 2 patrones y adicción leve, 17.9% (n=5) tenían 2 patrones y adicción moderada, 3.6%(n=1) tenían 2 patrones y adicción grave; 3.8%(n=1) tenían 3 patrones y sin adicción, 57.7%(n=15) tenían 3 patrones y adicción leve, 15.4%(n=4) tenían 3 patrones y adicción moderada, 23.1%(n=6) tenían 3 patrones y adicción grave; 20.8% (n=5) tenían 4 patrones y adicción leve, 16.6%(n=4) tenían 4 patrones y adicción moderada y 62.5%(n=15) tenían 4 patrones y adicción grave, 10%(n=1) tenía 5 patrones y adicción moderada, 90%(n=9) tenían 5 patrones y adicción grave; 100% (n=8) tenían 6 patrones y adicción grave, 100%(n=3) tenían 7 patrones y adicción grave (Tabla y grafica 35). Mientras que de los 58 pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 100% (n=1) tenía un patrón y sin adicción, 25%(n=2) tenían 2 patrones y sin adicción, 25%(n=2) tenían 2 patrones y adicción leve, 25%(n=2) tenían 2 patrones y adicción moderada, 25%(n=2) tenían 2 patrones y adicción severa, 27.3%(n=3) tenían 3 patrones y sin adicción, 27.3%(n=3) tenían 3 patrones y adicción leve, 18.2%(n=2) tenían 3 patrones y adicción moderada, 27.3%(n=3) tenían 3 patrones y adicción severa, 11.1%(n=1) tenían 4 patrones y sin adicción, 11.1%(n=1) y adicción leve, 33.3%(n=3) tenían 4 patrones y adicción moderada y 44.4%(n=4) tenían 4 patrones y adicción severa, 100%(n=3) tenían 5 patrones y adicción severa, 25%(n=2) tenían 6 patrones y adicción leve, 75%(n=6) tenían 6 patrones y adicción severa, 5.6%(n=1) tenían 7 patrones y adicción moderada, 94.4%(n=17) tenían 7 patrones y adicción severa (Tabla y grafica 36). De acuerdo a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del número de patrones y la gravedad de la adicción en pacientes con normopeso

(controles) ($p=0.000$) y ($p=0.012$) en pacientes con sobrepeso y obesidad (casos) (Tabla 37 y 38)

Numero de patrones y la gravedad de la adicción									
Control (N=115)					Casos (N=58)				
Numero de patrones	Gravedad de la adicción				Numero de patrones	Gravedad de la adicción			
	Sin adicción	Leve	Moderada	Grave		Sin adicción	Leve	Moderada	Grave
0	100%(n=7)				0				
1	77.8%(n=7)	22.2%(n=2)			1	100%(n=1)			
2	42.9%(n=12)	35.7%(n=10)	17.9%(n=5)	3.6%(n=1)	2	25%(n=2)	25%(n=2)	25%(n=2)	25%(n=2)
3		57.7%(n=15)	15.4(n=4)	23.1%(n=6)	3	27.3%(n=3)	27.3%(n=3)	18.2%(n=2)	27.3%(n=3)
4		20.8%(n=5)	16.7%(n=4)	62.5%(n=15)	4	11.1%(n=1)	11.1%(n=1)	33.3%(n=3)	44.4%(n=4)
5			10%(n=1)	90%(n=9)	5				100%(n=3)
6				100%(n=8)	6		25%(n=2)		75%(n=6)
7				100%(n=3)	7			5.6%(n=1)	60.3%(n=35)

Con base a la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 1 y la adicción de los 115(100%), pacientes con normopeso (controles), 91.5%(n=86) tenían el patrón 1 y la adicción, 8.5%(n=8) tenían el patrón 1 y no tenían la adicción, 9.5%(n=2)) no tenían patrón 1 pero si presentaban adicción, 90.5%(n=19) no tenían el patrón 1 y no tenían la adicción (Tabla 39). Por otro lado, de los 58(100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 89.6%(n=51) presentaron el patrón 1 y adicción, 10.5%(n=6) tenían el patrón 1 y no tenían adicción, 1 (100%) no tenían el patrón 1 y no tenían adicción (Tabla 40). Se identifico asociación significativa entre la presencia del patrón 1 y la adicción en pacientes con normopeso (controles) ($p=0.000$) y ($p=0.006$) en pacientes con sobrepeso y obesidad (casos). (Tablas 41 y 42)

Patrón 1. Sustancia consumida en mayor cantidad y durante un periodo más largo de lo previsto y la presencia de la adicción					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 1	Adicción		Patrón 1	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	91.5%(n=86)	8.5%(n=8)	Presente	89.5%(n=51)	10.5%(n=6)

Ausente	9.5%(n=2)	90.5%(n=19)	Ausente	0%(n=0)	100%(n=1)
---------	-----------	-------------	---------	---------	-----------

Considerando la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 2 y la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso(contrroles), 82.4% (n=84) tenían el patrón 2 y la adicción, 17.6%(n=18) si tenían el patrón 2 y no tenían adicción, 30.8%(n=4) no tenían el patrón 2 y si tenían la adicción, 69.2%(n=9) no tenían el patrón 2 ni la adicción (Tabla 43). Por otro lado, de los 58(100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 88.7%(n=47) tenían el patrón 2 y adicción, 11.3%(n=6) tenían el patrón 2 y no tenían adicción, 80%(n=4) no tenían el patrón 2 y tenían adicción, 20%(n=1) no tenían el patrón 2 y no tenían adicción (Tabla 44).De acuerdo a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 2 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.000$) y no se encontró significancia estadística entre la presencia del patrón 2 y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.569$) (Tabla 45 y 46)

Patrón 2. Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 2	Adicción		Patrón 2	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	82.4%(n=84)	17.6%(n=18)	Presente	88.7%(n=47)	11.3%(n=6)
Ausente	30.8%(n=4)	69.2%(n=27)	Ausente	80%(n=4)	20%(n=1)

En cuanto a la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 3 y la adicción de los 115(100%), pacientes con normopeso (contrroles), 96.7% (n=58) tenían el patrón 3 y tenían adicción, 3.3%(n=2) tenían el patrón 3 y no presentaron adicción, 54.5%(n=30) tenían el patrón 2 y tenían adicción, 45.5%(n=25) tenían el patrón 2 y no tenían adicción (Tabla 47). En cuanto a los 58(100%), pacientes con sobrepeso y obesidad 100%(n=39) tenían el patrón 3 y adicción, 63.2%(n=12) no tenían el patrón 3 y adicción, 36.8%(n=7) no tenían el patrón 3 y no tenían adicción (Tabla 48). Se identifico asociación significativa entre la presencia del patrón 3 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.000$) y ($p=0.000$) en pacientes con sobrepeso y obesidad. (Tabla 49 y 50)

Patrón 3. Mucho tiempo para obtener, consumir o recuperarse			
Control (N=115)		Casos (N=58)	
Patrón 3	Adicción	Patrón 3	Adicción

	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	96.7%(n=58)	3.3%(n=2)	Presente	100%(n=39)	0%(n=0)
Ausente	54.5%(n=30)	45.5%(n=25)	Ausente	63.2%(n=12)	36.8%(n=7)

En relación a la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 4 y la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso 91.7%(n=22) tenían el patrón 4 y la adicción, 8.3%(n=2) tenían el patrón 4 y no tenían adicción, 72.5%(n=66) no tenían el patrón 4 y si tenían adicción, 27.5%(n=25) no tenían el patrón 4 ni adicción (Tabla 51). Por otro lado 91.7%(n=33) presentaron el patrón 4 y adicción, 8.3%(n=3) tenían el patrón 4 y no y tenían adicción, 81.8%(n=18) no tenían el patrón 4 si tenían adicción, 18.2%(n=4) no tenían el patrón 4 no tenían adicción (Tabla 52). De acuerdo a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 4 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.049$) y no se encontró asociación significativa entre la presencia del patrón 4 y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.264$) (Tabla 53 y 54)

Patrón 4. Patrón 4. Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 2	Adicción		Patrón 2	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	91.7%(n=22)	72.5%(n=66)	Presente	91.7%(n=33)	8.3%(n=3)
Ausente	8.3%(n=2)	27.5%(n=25)	Ausente	81.8%(n=51)	12.1%(n=58)

Respecto a la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 5 y la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles) ,91.7%(n=11) tenían el patrón 5 y adicción, 1 8.3%(n=1) tenían el patrón 5 y no tenían adicción, 74.8%(n=77) no tenían el patrón 5 y tenían adicción, 25.2%(n=26) no tenían el patrón 5 ni adicción (Tabla 55). Y de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 100%(n=28) tenían patrón 5 y adicción, 76.7%(n=23) no tenían patrón 5 y tenían adicción, 23.3%(n=7) no tenían patrón 5 y no tenían adicción (Tabla 56). No se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 5 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.191$), mientras que se identificó

asociación significativa entre la presencia del patrón 5 y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.006$) (Tabla 57 y 58)

Patrón 5. Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas, por ejemplo: falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente sospechoso					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 2	Adicción		Patrón 2	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	91.7%(n=11)	8.3%(n=1)	Presente	100%(n=28)	0%(n=0)
Ausente	74.8%(n=77)	25.2%(n=26)	Ausente	76.7%(n=23)	23.3%(n=7)

En base a la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 6 y la adicción de los 115 (100%), pacientes con normopeso (controles), 95.7%(n=22) tenían el patrón 6 y tenían adicción, 4.3%(n=1) tenían el patrón 5 y no tenían adicción, 71.7%(n=66) no tenían el patrón 6 ni adicción, 28.3%(n=26) no tenían el patrón 6 ni adicción (Tabla 59). Mientras que de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 100%(n=29) tenían el patrón 6 y adicción, 75.9%(n=22) no tenían el patrón 6 y tenían adicción, 24.1%(n=7) no tenían el patrón 6 no tenían adicción (Tabla 60). Se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 6 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.016$) y ($p=0.005$) en pacientes con sobrepeso y obesidad (Tabla 61 y 62).

Patrón 6. Tolerancia, marcado aumento de la cantidad; marcado descenso del efecto					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 2	Adicción		Patrón 2	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	95.7%(n=22)	4.3%(n=1)	Presente	100%(n=29)	0%(n=0)
Ausente	71.7%(n=2)	28.3%(n=26)	Ausente	75.9%(n=22)	24.1%(n=7)

Considerando la distribución de acuerdo a la presencia del patrón 7 y la adicción de los 115(100%), pacientes con normopeso (controles), 95.3%(n=41) tenían el patrón 7 y adicción, 4.7%(n=2) tenían el patrón 7 y no tenían adicción, 65.3%(n=47) no tenían el patrón 7 y tenían adicción, 34.7%(n=25) no tenían el patrón 7 ni adicción (Tabla 63). Por otro lado de los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 90.3%(n=28) tenían el

patrón 7 y adicción, 9,7%(n=3) tenían el patrón 7 y no tenían adicción, 85.2%(n=23) no tenían el patrón 7 y tenían adicción, 14.8%(n=4) no tenían el patrón 7 y no tenían adicción(Tabla 64) De acuerdo a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 7 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.000$) y no se identificó asociación significativa entre el patrón 7 y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.549$) (Tabla 65 y 66).

Patrón 7. Síntomas de abstinencia característicos o ingesta de sustancias para aliviar los síntomas de abstinencias					
Control (N=115)			Casos (N=58)		
Patrón 2	Adicción		Patrón 2	Adicción	
	Presente	Ausente		Presente	Ausente
Presente	95.3%(n=41)	4.7%(n=2)	Presente	90.3%(n=28)	9.7%(n=3)
Ausente	65.3%(n=47)	34.7%(n=25)	Ausente	85.25(n=23)	14.8%(n=4)

En base a la distribución de acuerdo a la presencia del IMC en los 58 (100%), pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 60.3%(n=35) tenían sobrepeso, 24.1%(n=14) tenían obesidad grado 1, 15.5%(n=9) tenían obesidad grado 2. (Tabla y grafica 67)

Casos (N= 58)	
Sobrepeso	60.3%(n=35)
Obesidad grado 1	24.1%(n=14)
Obesidad grado2	15.5% (n=9)
Total	58

Considerando la distribución de acuerdo a la presencia del IMC y la adicción en los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 30 tenían sobrepeso y adicción, 5 no tenían sobrepeso y adicción, 12 tenían obesidad grado 1 y adicción, 2 tenían obesidad grado 1 y no tenían adicción, 9 tenían obesidad grado 2 y adicción (Tabla y grafica 68). De acuerdo a la anterior no se identificó asociación significativa entre el IMC y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.481$). (Tabla 69)

Casos (N=58)		
IMC	Adicción	
	Presente	Ausente
Sobrepeso	30	5
Obesidad grado 1	12	2
Obesidad grado 2	9	0
Total	51	7

Por ultimo de acuerdo a la presencia del IMC y la gravedad de la adicción en los 58 (100%) pacientes con sobrepeso y obesidad (casos), 5 tenían sobrepeso y no tenían adicción, 7 con sobrepeso y adicción leve, 3 tenían sobrepeso y adicción moderada, 20 tenían sobrepeso y adicción grave, 2 tenían obesidad grado 1 sin adicción, 1 con obesidad grado 1 adicción leve, 3 con obesidad grado 1 y adicción moderada, y 8 con obesidad grado 1 y adicción grave, 2 tenían obesidad grado 2 y adicción moderada y 7 tenían obesidad grado 2 y adicción grave (Tabla y grafica 70). Con respecto a lo anterior no se identificó asociación significativa entre el IMC y la gravedad de la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad ($p=0.397$) (Tabla 71).

IMC y la gravedad de la adicción				
Casos (N=58)				
IMC	Gravedad de la adicción			
	Sin adicción	Leve	Moderada	Grave
Sobrepeso	5	7	3	20
Obesidad grado 1	2	1	3	8
Obesidad grado 2	0	0	2	7

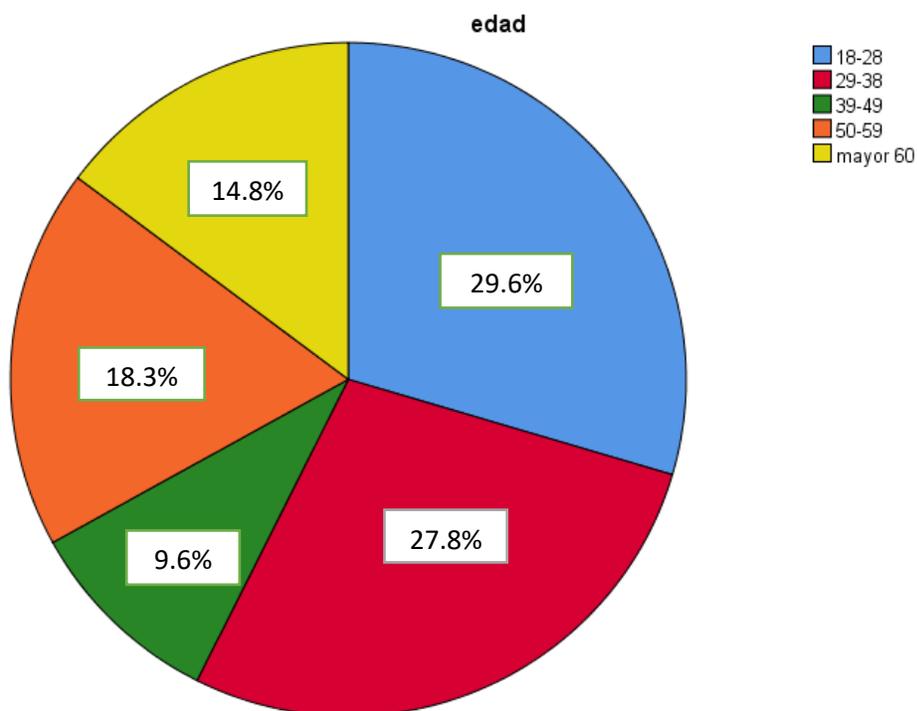
8. TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28	34	29.6	29.6	29.6
	29-38	32	27.8	27.8	57.4
	39-49	11	9.6	9.6	67.0
	50-59	21	18.3	18.3	85.2
	mayor 60	17	14.8	14.8	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD EN PACIENTES CON NORMOPESO



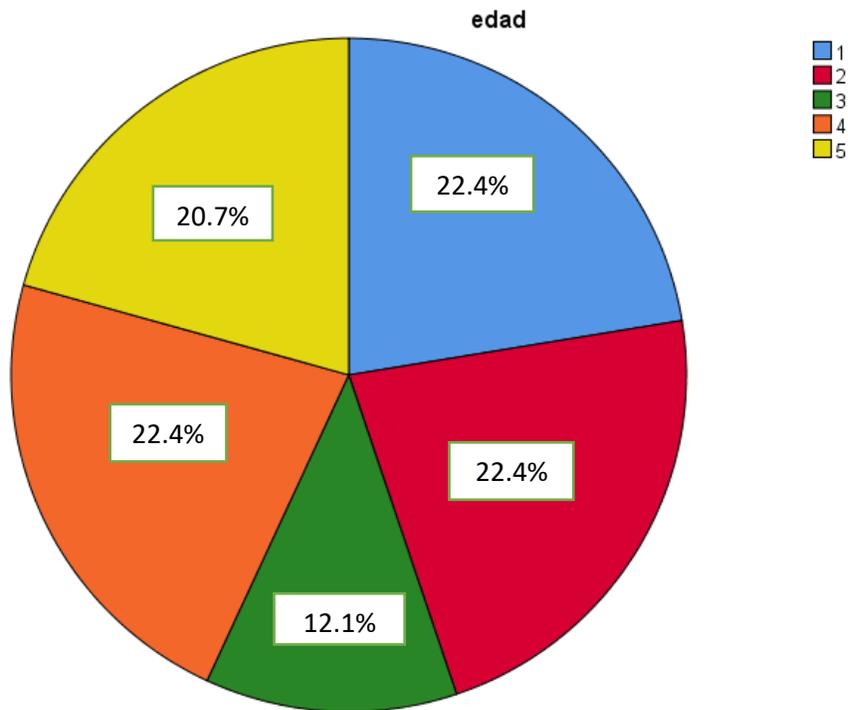
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 2
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-28	13	22.4	22.4	22.4
	29-38	13	22.4	22.4	44.8
	39-49	7	12.1	12.1	56.9
	50-59	13	22.4	22.4	79.3
	>60	12	20.7	20.7	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 2
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA EDAD DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



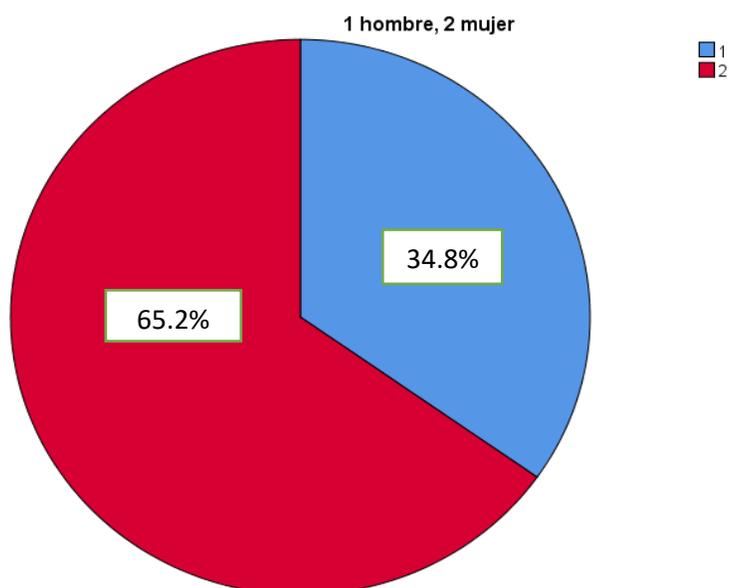
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 3
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO EN PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hombre	40	34.8	34.8	34.8
	mujer	75	65.2	65.2	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 3
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO EN PACIENTES CON NORMOPESO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

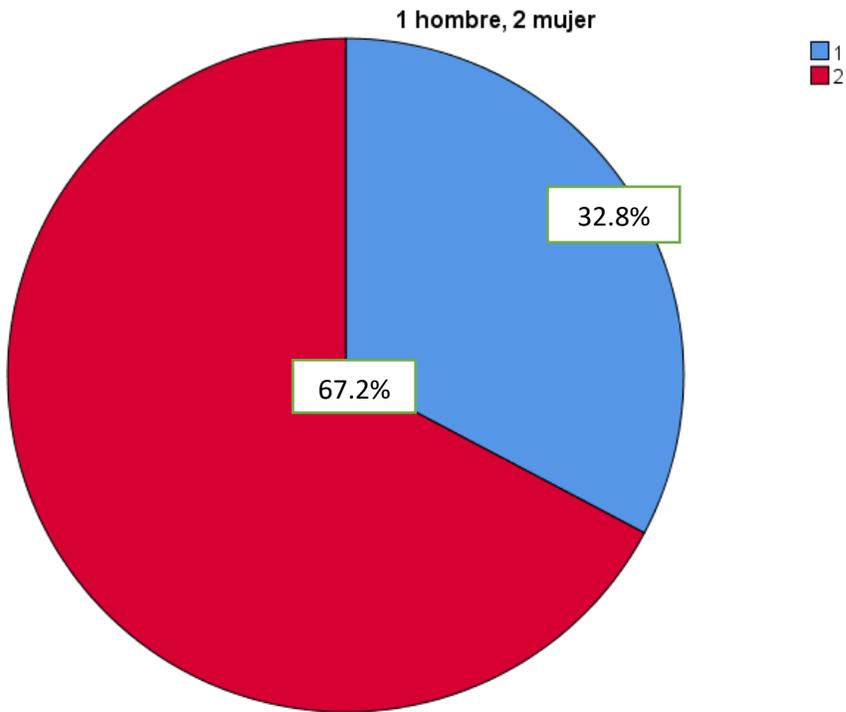
TABLA 4
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	19	32.8	32.8	32.8

Mujer	39	67.2	67.2	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 4
DISTRIBUCION DE ACUERDO AI SEXO DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

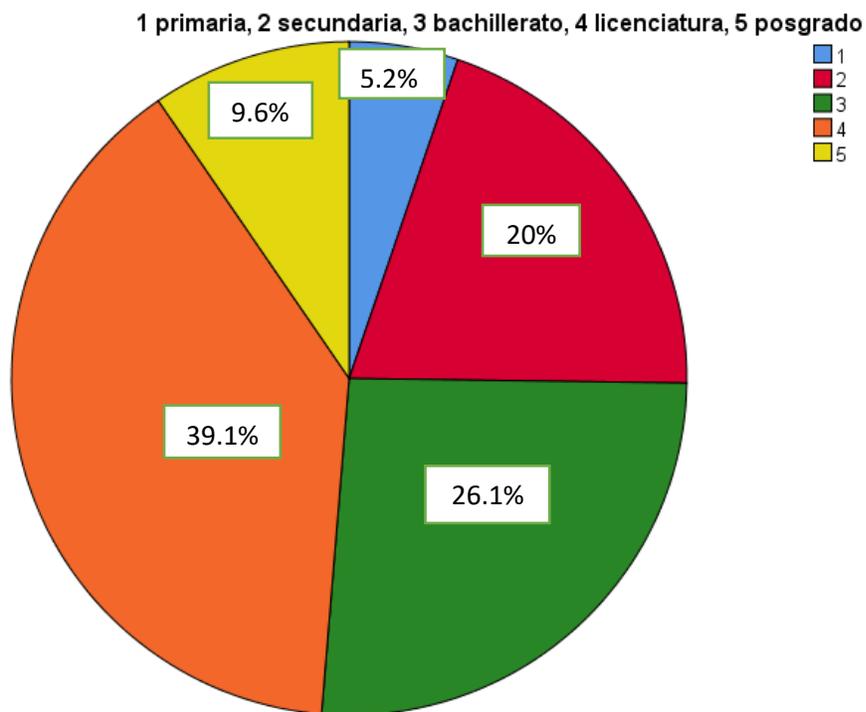
TABLA 5
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON NORMOPESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido primaria	6	5.2	5.2	5.2

secundaria	23	20.0	20.0	25.2
bachillerato	30	26.1	26.1	51.3
licenciatura	45	39.1	39.1	90.4
posgrado	11	9.6	9.6	100.0
Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 5
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON NORMOPESO



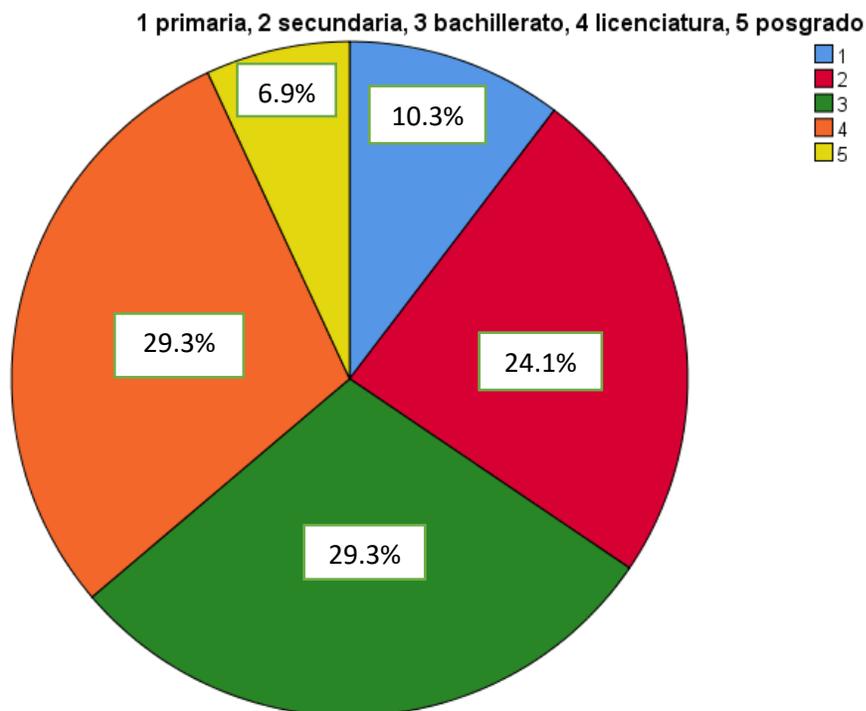
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 6
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	6	10.3	10.3	10.3
	Secundaria	14	24.1	24.1	34.5
	Bachillerato	17	29.3	29.3	63.8
	Licenciatura	17	29.3	29.3	93.1
	Posgrado	4	6.9	6.9	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 6
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



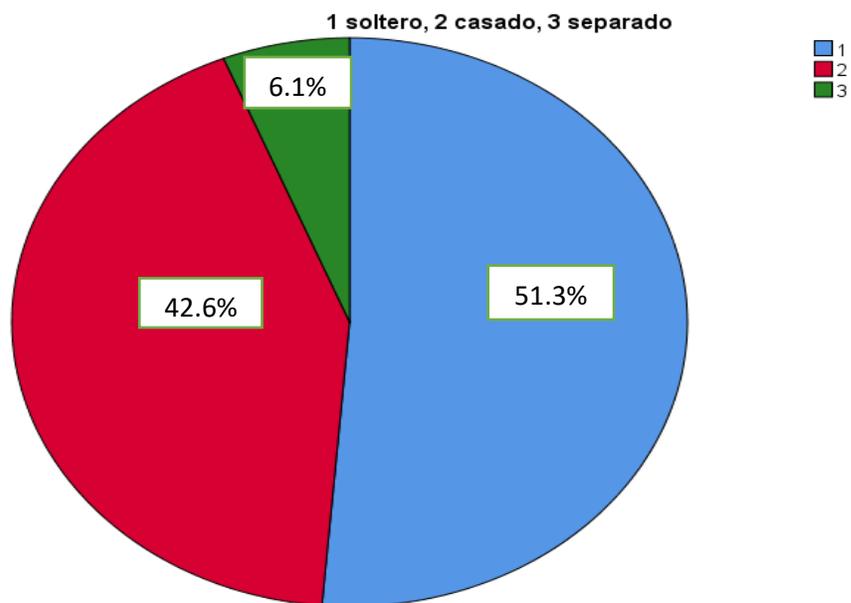
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 7
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	59	51.3	51.3	51.3
	Casado	49	42.6	42.6	93.9
	Separado	7	6.1	6.1	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 7
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON NORMOPESO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

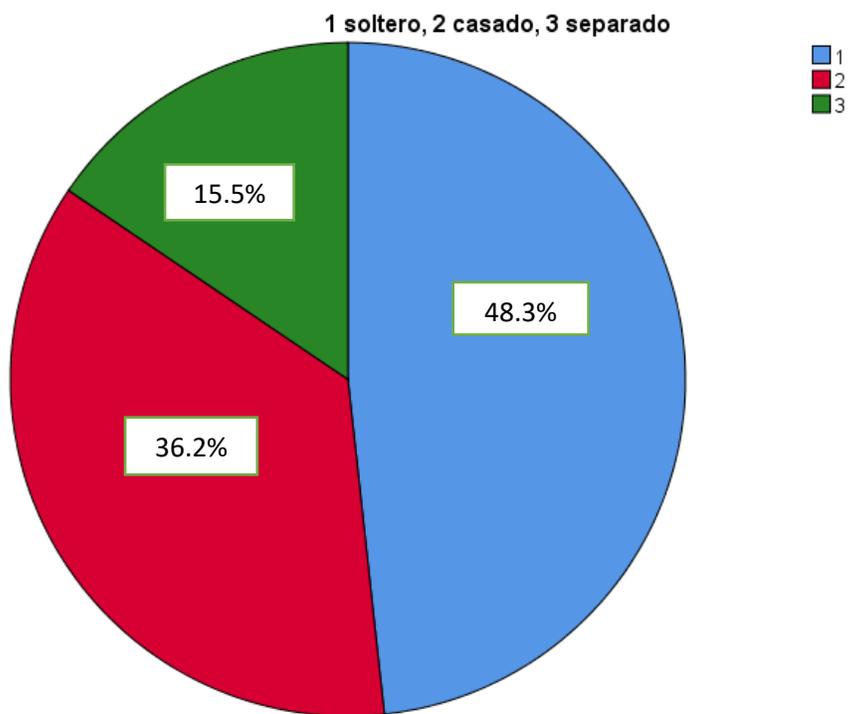
TABLA 8
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	Soltero	28	48.3	48.3	48.3
	Casado	21	36.2	36.2	84.5
	Separado	9	15.5	15.5	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 8
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD



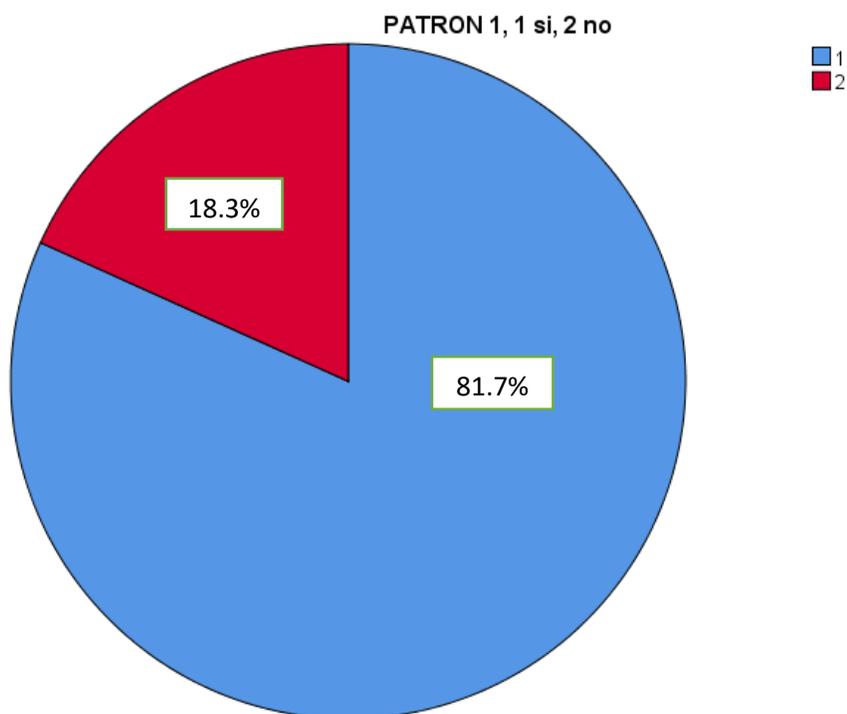
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 9
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 1 EN PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	94	81.7	81.7	81.7
	No	21	18.3	18.3	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 9
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 1 EN PACIENTES CON NORMOPESO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

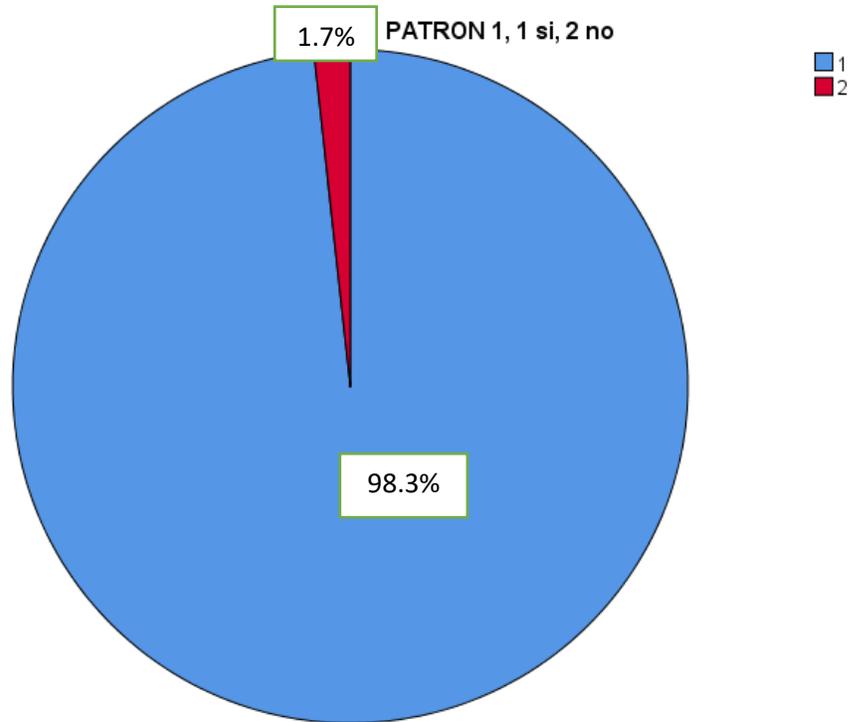
TABLA 10
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 1 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	57	98.3	98.3	98.3
	No	1	1.7	1.7	100.0

Total	58	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 10
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 1 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



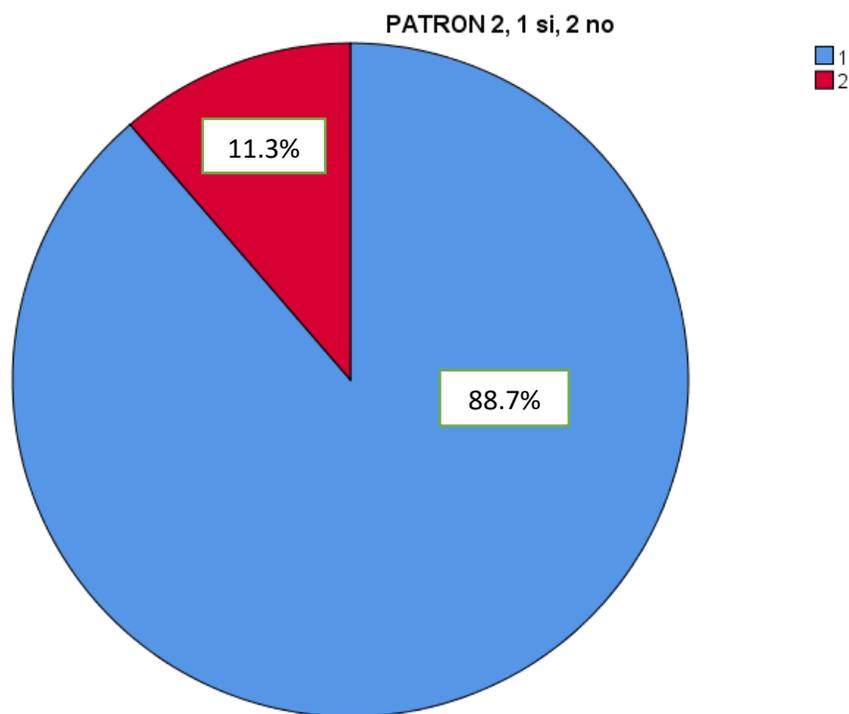
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 11
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 2 EN PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	102	88.7	88.7	88.7
	No	13	11.3	11.3	100.0
Total		115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 11
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 2 EN PACIENTES CON NORMOPESEO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	60	52.2	52.2	52.2
	No	55	47.8	47.8	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

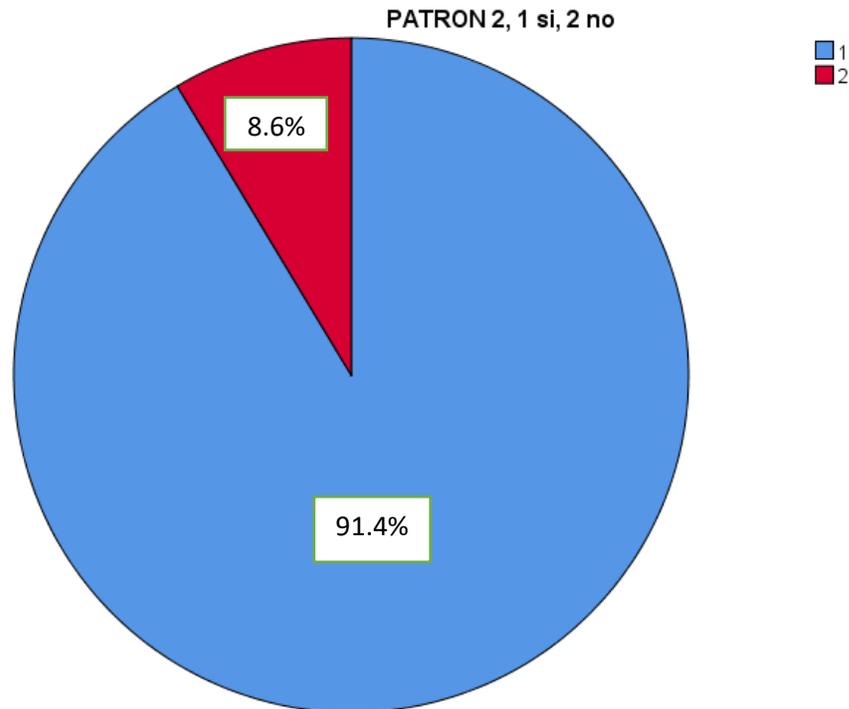
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 12
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 2 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	53	91.4	91.4	91.4
	No	5	8.6	8.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

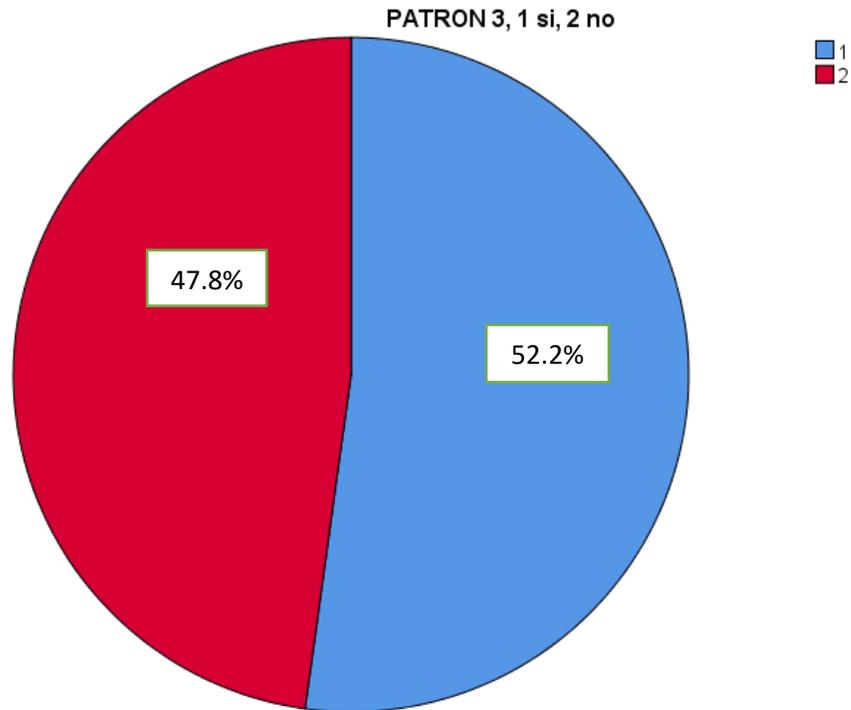
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 12
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 2 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 13
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 3 EN PACIENTES CON NORMOPESO



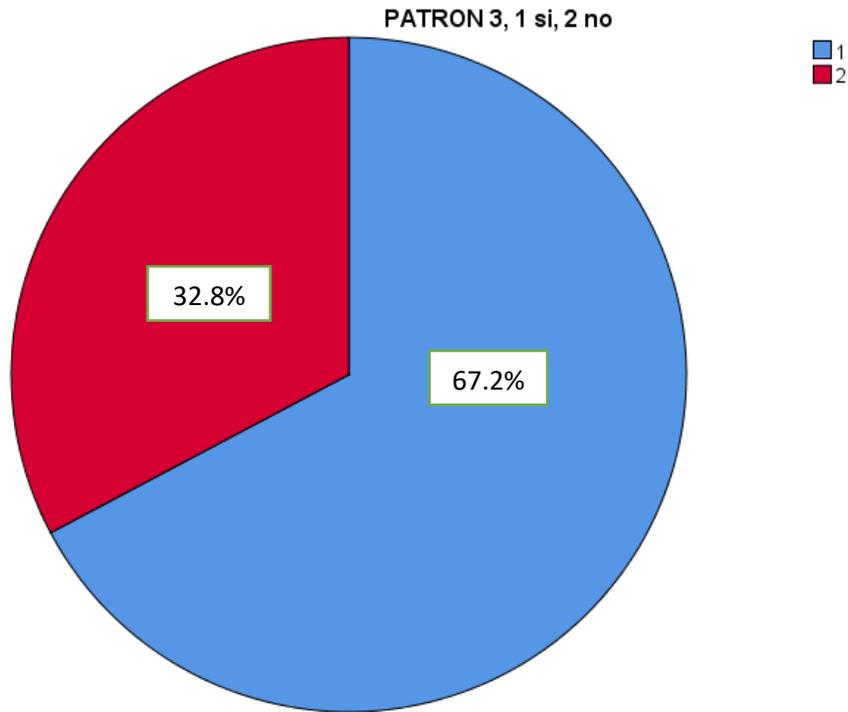
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 14
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 3 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	39	67.2	67.2	67.2
	No	19	32.8	32.8	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 14
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 3 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



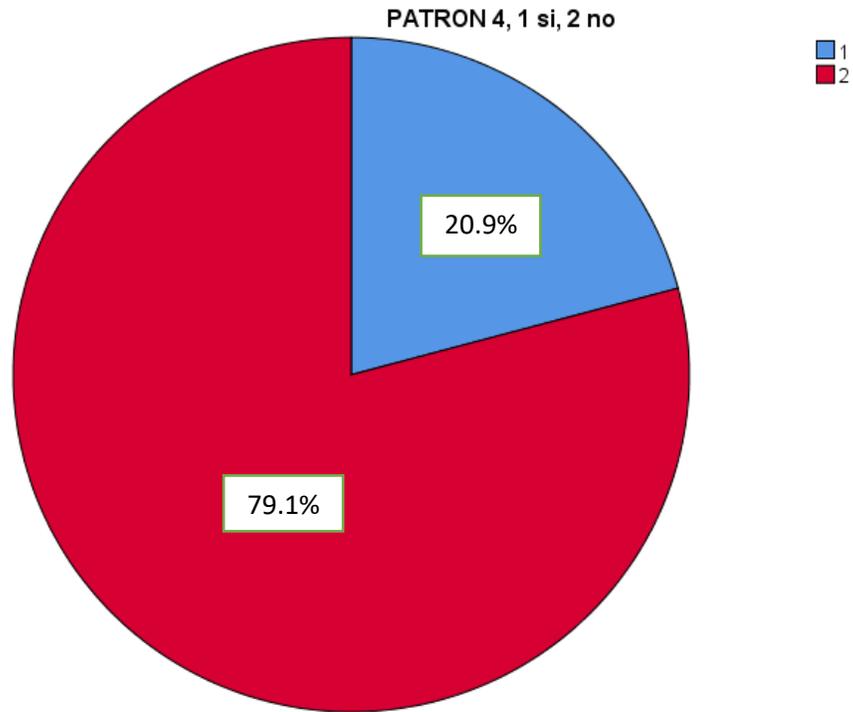
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 15
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 4 EN PACIENTES CON NORMOPESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	20.9	20.9	20.9
	No	91	79.1	79.1	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 15
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 4 EN PACIENTES CON NORMOPESO**



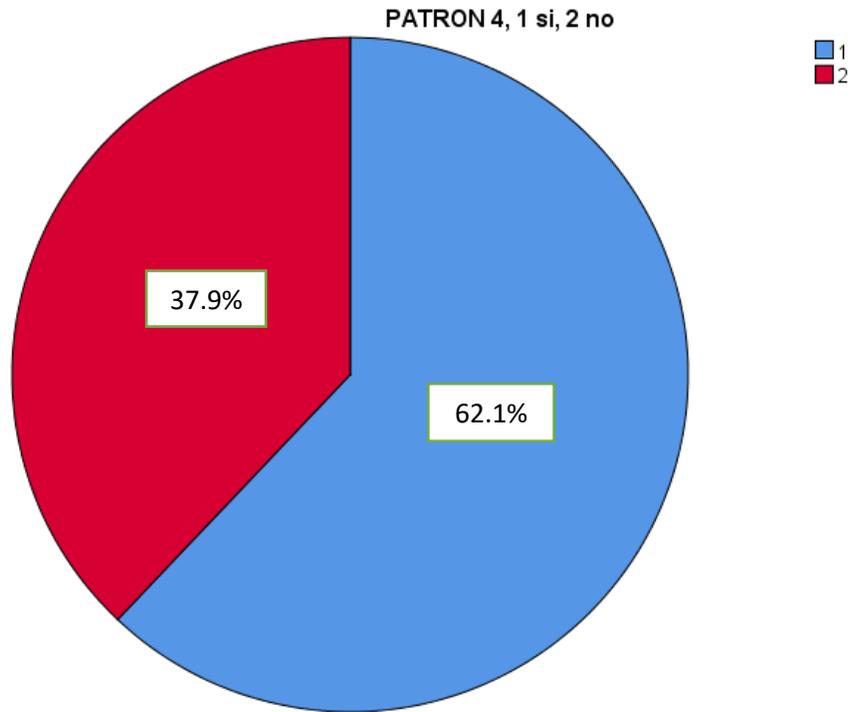
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 16
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 4 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	36	62.1	62.1	62.1
	No	22	37.9	37.9	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 16
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 4 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



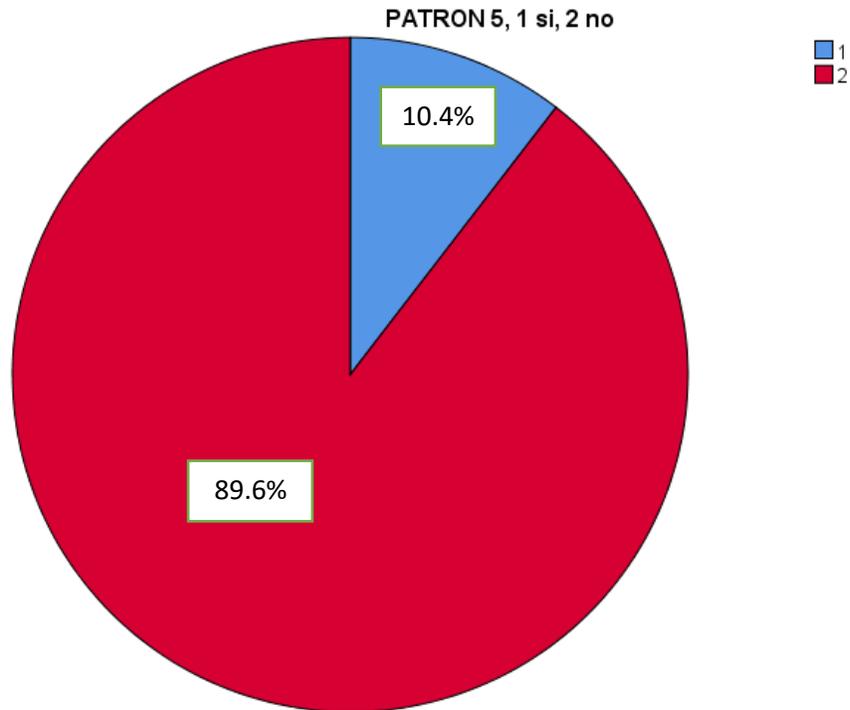
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 17
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 5 EN PACIENTES CON NORMOPESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	10.4	10.4	10.4
	No	103	89.6	89.6	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 17
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 5 EN PACIENTES CON NORMOPESO**



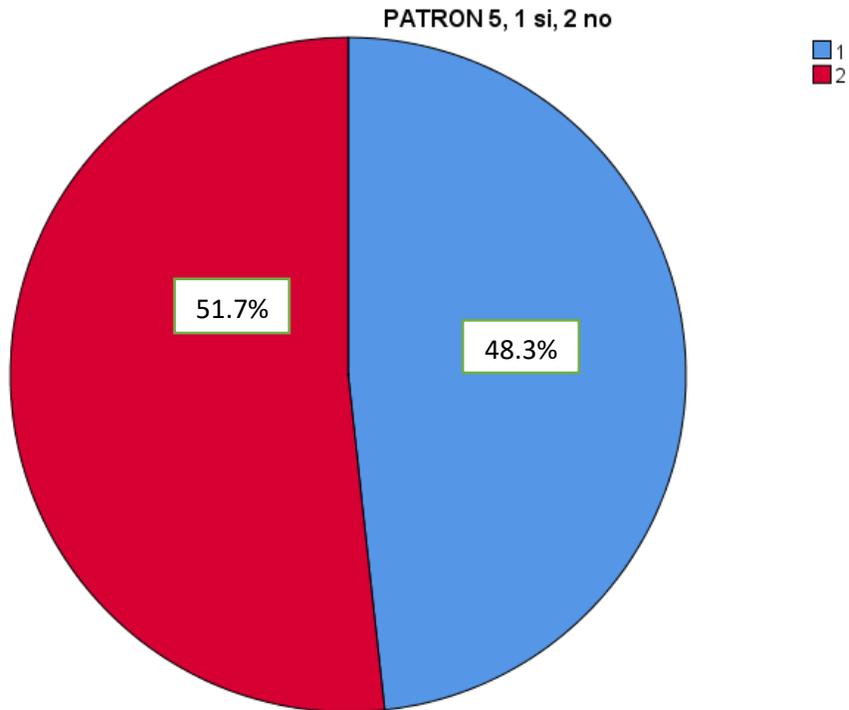
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 18
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 5 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	28	48.3	48.3	48.3
	No	30	51.7	51.7	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 18
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 5 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



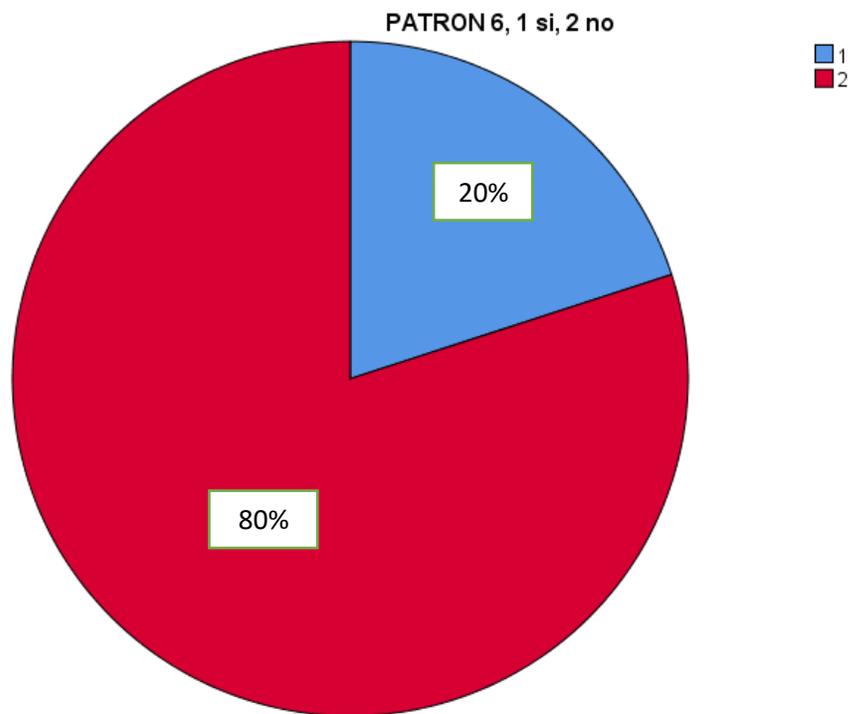
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 19
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 6 EN PACIENTES CON NORMOPESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	23	20.0	20.0	20.0
	No	92	80.0	80.0	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 19
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 6 EN PACIENTES CON NORMOPESO**



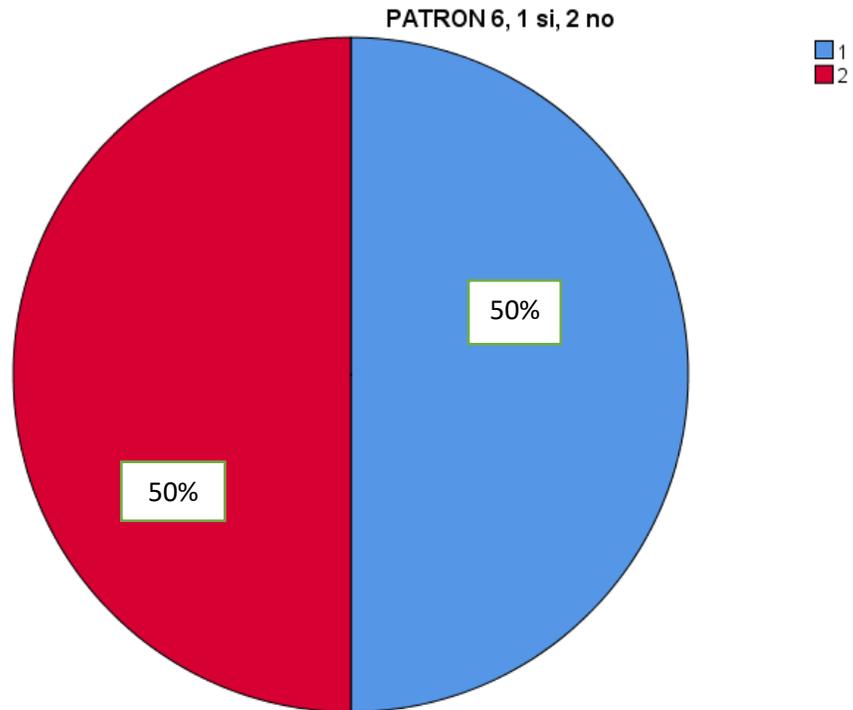
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 20
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 6 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	29	50.0	50.0	50.0
	No	29	50.0	50.0	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 20
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 6 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



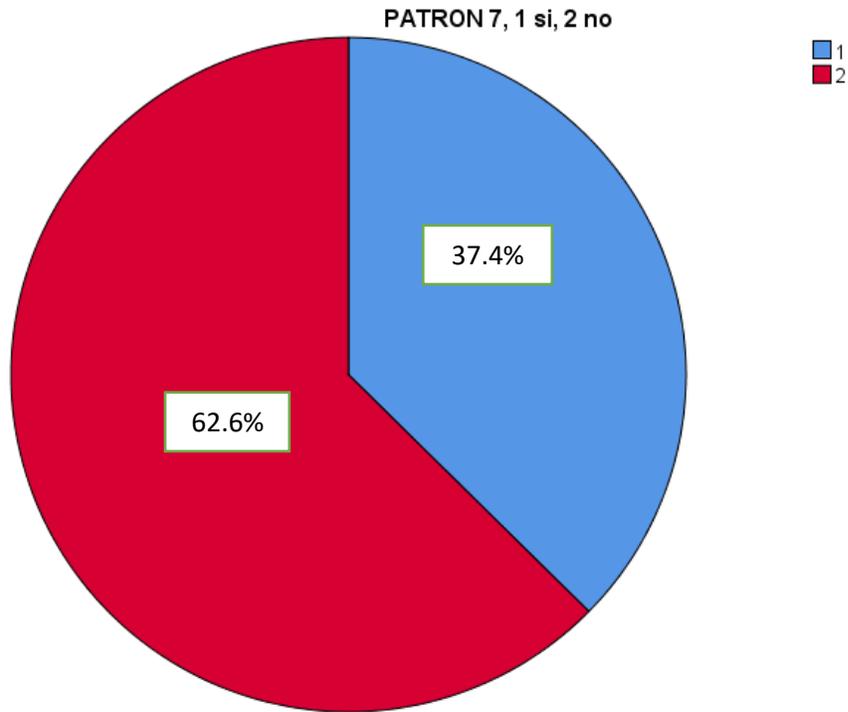
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 21
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 7 EN PACIENTES CON NORMOPESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	43	37.4	37.4	37.4
	No	72	62.6	62.6	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 21
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 7 EN PACIENTES CON NORMOPESO**



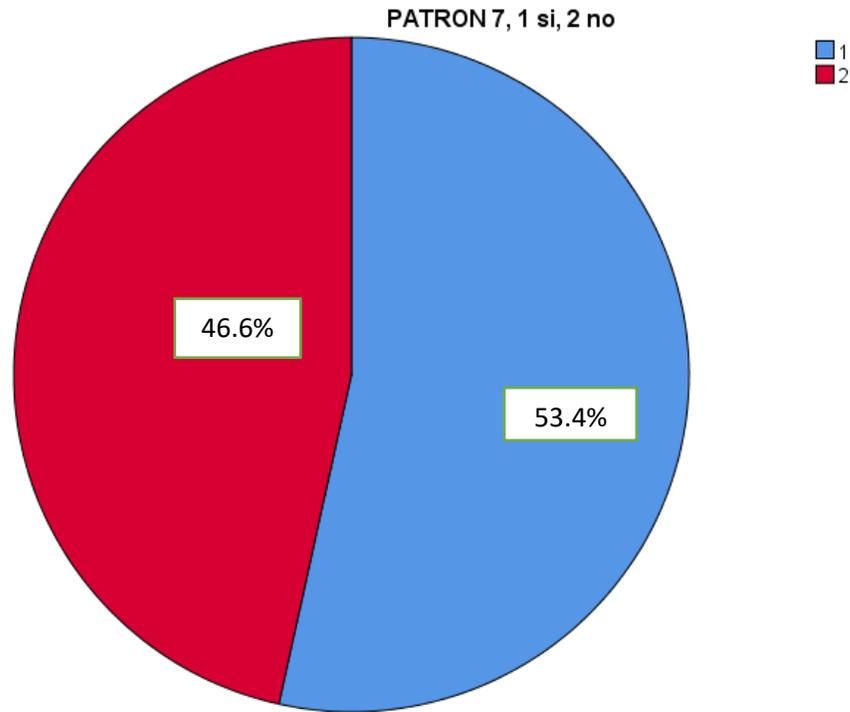
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 22
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 7 EN PACIENTES CON SOBREPESO
Y OBESIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	31	53.4	53.4	53.4
	No	27	46.6	46.6	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 22
DISTRIBUCION DE ACUERDO AL PATRON 7 EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA DE CONTINGENCIA NORMOPESO

Patrón 1				Patrón 2				Patrón 3				Patrón 4				Patrón 5				Patrón 6				Patrón 7				
si		no																										
recuento	% de fila																											
94	81.7	21	18.3	102	88.7	13	11.3	60	52.2	55	47.8	24	20.9	91	79.1	12	10.4	103	89.6	23	20	92	80	43	37.4	7	7.2	6

TABLA DE CONTINGENCIA SOBREPESO/OBESIDAD

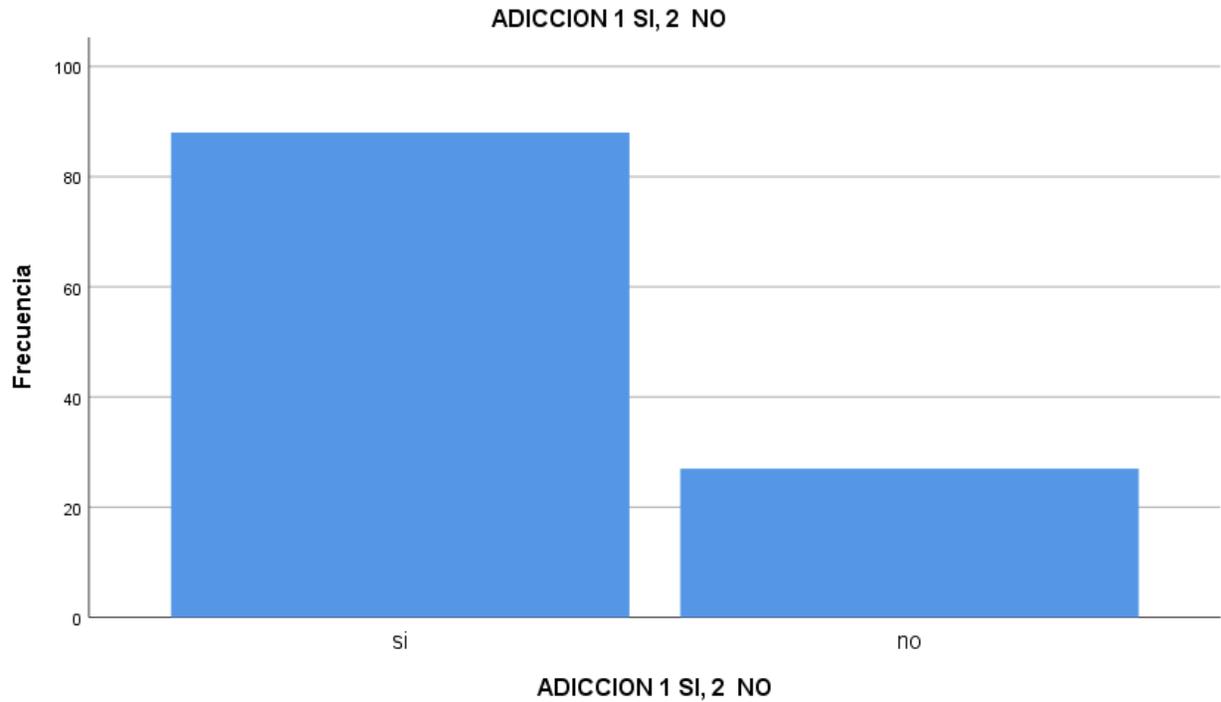
Patrón 1		Patrón 2				Patrón 3				Patrón 4				Patrón 5				Patrón 6				Patrón 7							
si		no																											
recuento	% de fila																												
57	98.3	1	1.7	53	91.4	5	8.6	39	67.2	19	32.8	36	62.1	22	37.9	28	48.3	30	51.7	29	50	29	50	5	8.6	31	53.4	27	46.7

TABLA 23
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	88	76.5	76.5	76.5
	No	27	23.5	23.5	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 23
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO



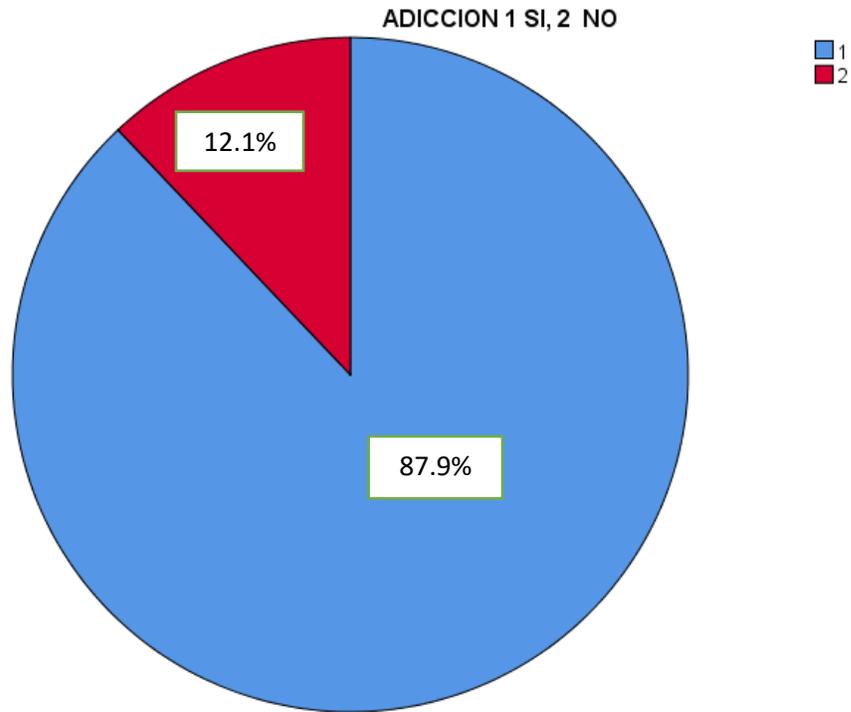
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 24
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

ADICCION		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	51	87.9	87.9	87.9
	No	7	12.1	12.1	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 24
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

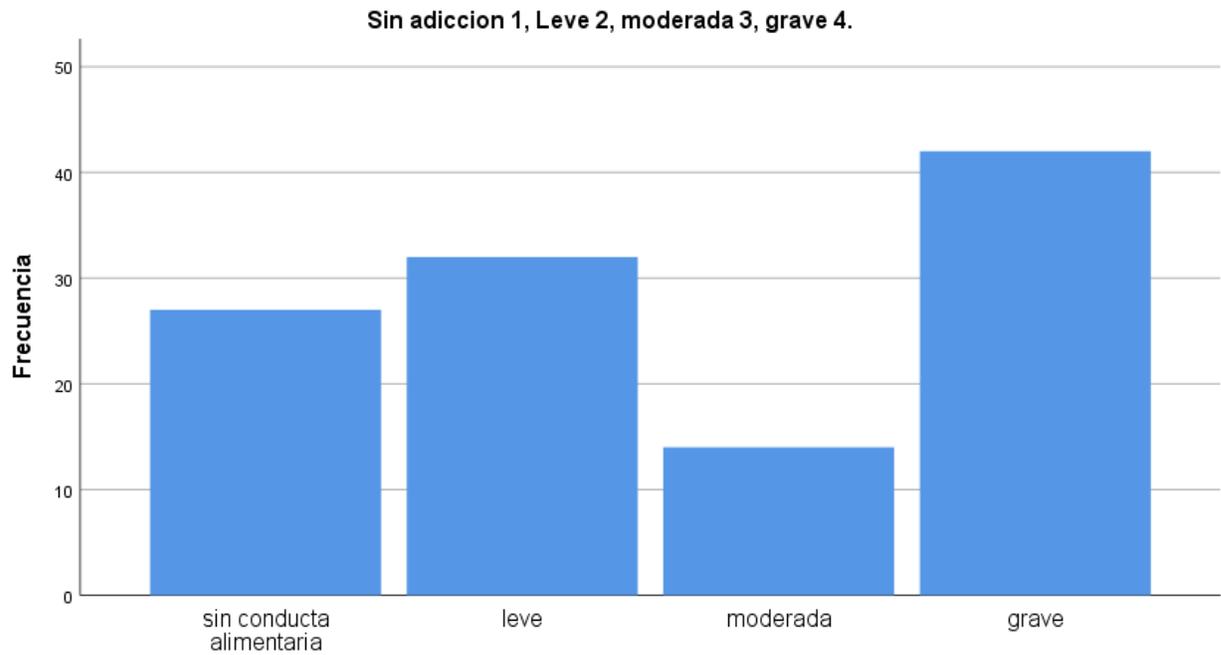
**TABLA 25
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL GRADO DE ADICCION EN PACIENTES CON
NORMOPESO**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin adicción alimentaria	27	23.5	23.5	23.5
	Leve	32	27.8	27.8	51.3
	Moderada	14	12.2	12.2	63.5
	Grave	42	36.5	36.5	100.0
	Total	115	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 25

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL GRADO DE ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO



Sin adiccion 1, Leve 2, moderada 3, grave 4.

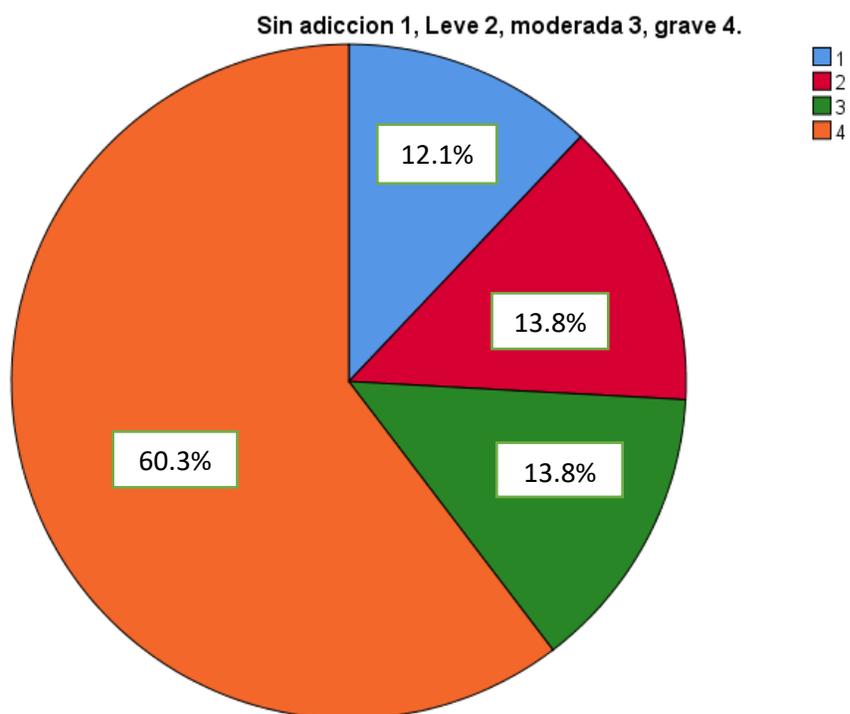
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 26
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL GRADO DE ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin adicción	7	12.1	12.1	12.1
	Leve	8	13.8	13.8	25.9
	Moderada	8	13.8	13.8	39.7
	Grave	35	60.3	60.3	100.0
	Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 26
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL GRADO DE ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD**



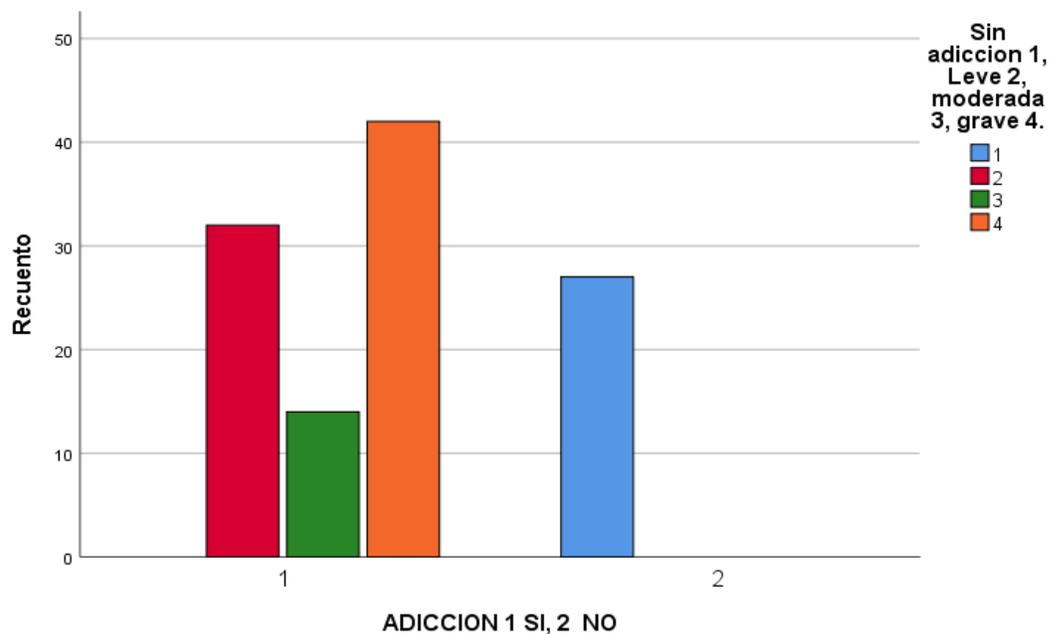
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**TABLA 27
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LA ADICCION Y EL GRADO DE ADICCION EN
PACIENTES CON NORMOPESO**

		SIN ADICCION	LEVE	MODERADA	GRAVE	Total
ADICCION	SI	0	32	14	42	88
	NO	27	0	0	0	27
Total		27	32	14	42	115

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

**GRAFICA 27
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LA ADICCION Y EL GRADO DE ADICCION EN
PACIENTES CON NORMOPESO**



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

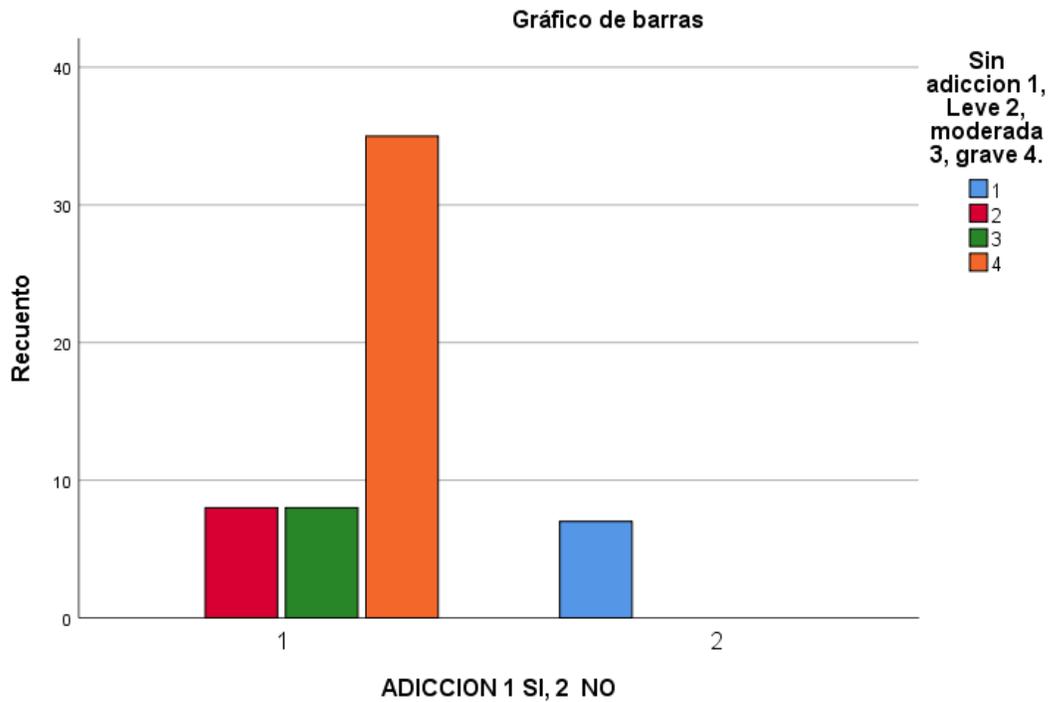
TABLA 28
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN
PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		Sin adicción	Leve	Moderada	Grave	Total
ADICCION	SI	0	8	8	35	51
	NO	7	0	0	0	7
Total		7	8	8	35	58

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

GRAFICA 28

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 29
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE LA ADICCION Y EL GRADO DE ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESEO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	115.000 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	125.348	3	.000
Asociación lineal por lineal	63.708	1	.000
N de casos válidos	115		

a. 1 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.29.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 30
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE ADICCION Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58.000 ^a	3	.000
Razón de verosimilitud	42.722	3	.000
Asociación lineal por lineal	32.968	1	.000
N de casos válidos	58		

- a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .84.

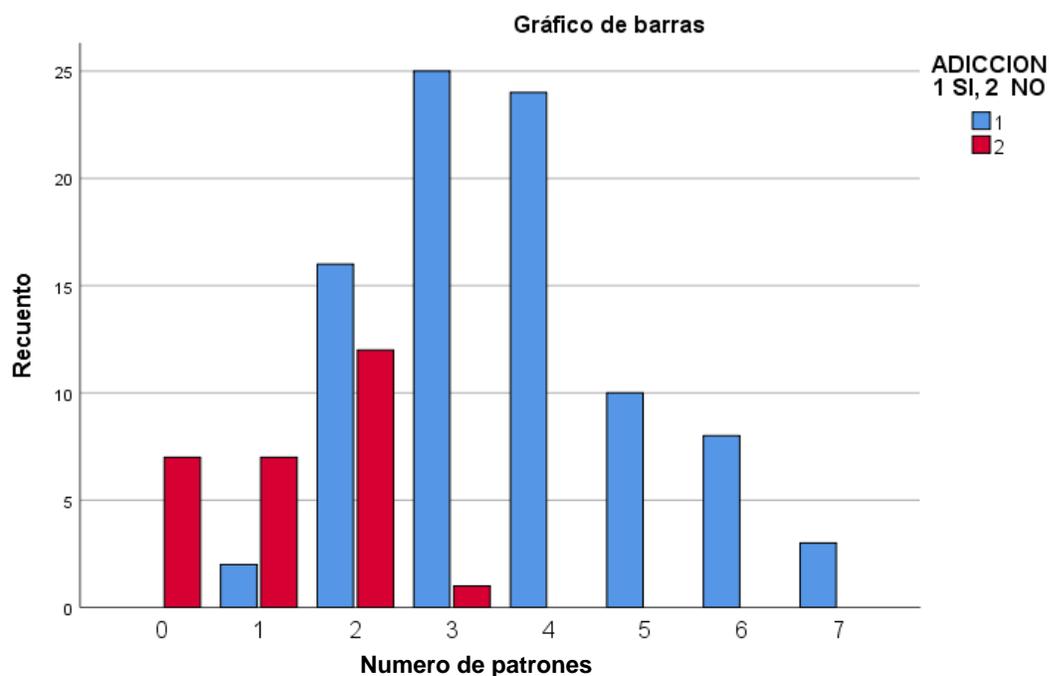
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 31
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA ADICCION EN
PACIENTES CON NORMOPESO

NUMERO DE PATRONES		ADICCION		Total
		SI	NO	
0		0	7	7
1		2	7	9
2		16	12	28
3		25	1	26
4		24	0	24
5		10	0	10
6		8	0	8
7		3	0	3
Total		88	27	115

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 31
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA PRESENCIA DE
ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

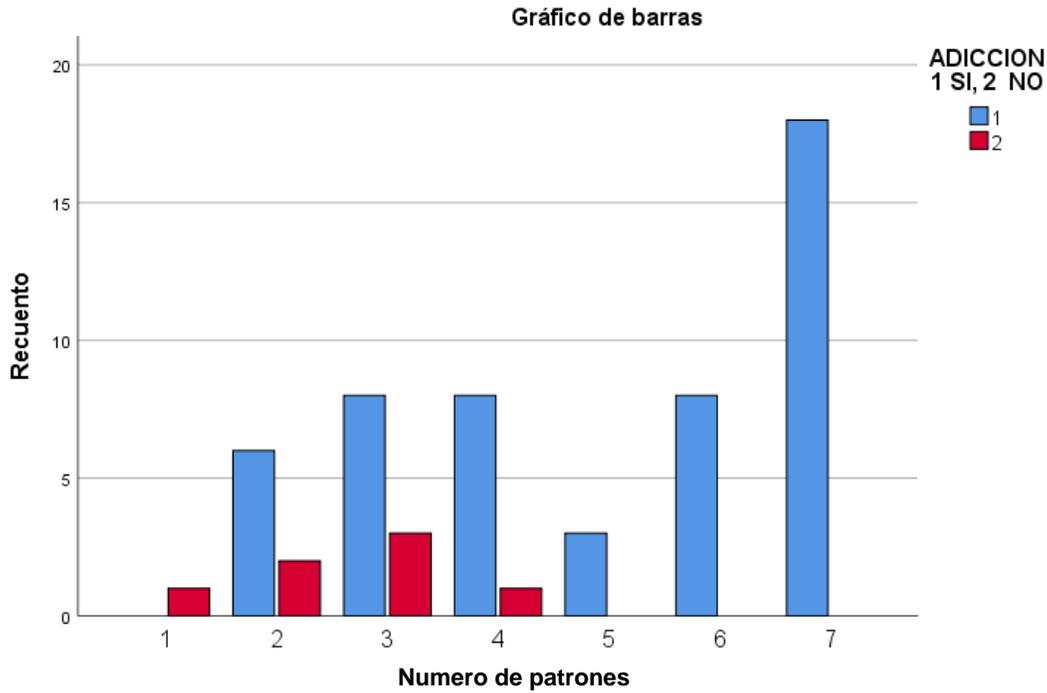
TABLA 32
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE EL NUMERO DE PATRONES Y LA ADICCION EN
PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		ADICCION		Total
		SI	NO	
NUMERO DE PATRONES	1	0	1	1
	2	6	2	8
	3	8	3	11
	4	8	1	9
	5	3	0	3
	6	8	0	8
	7	18	0	18
Total		51	7	58

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 32

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE EL NUMERO DE PATRONES Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 33
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	62.822 ^a	7	.000
Razón de verosimilitud	69.093	7	.000
Asociación lineal por lineal	44.658	1	.000
N de casos válidos	115		

a. 6 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .70.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 34
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE NUMERO DE
PATRONES Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y
OBESIDAD.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14.930 ^a	6	.021
Razón de verosimilitud	14.555	6	.024
Asociación lineal por lineal	9.841	1	.002
N de casos válidos	58		

a. 9 casillas (64.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

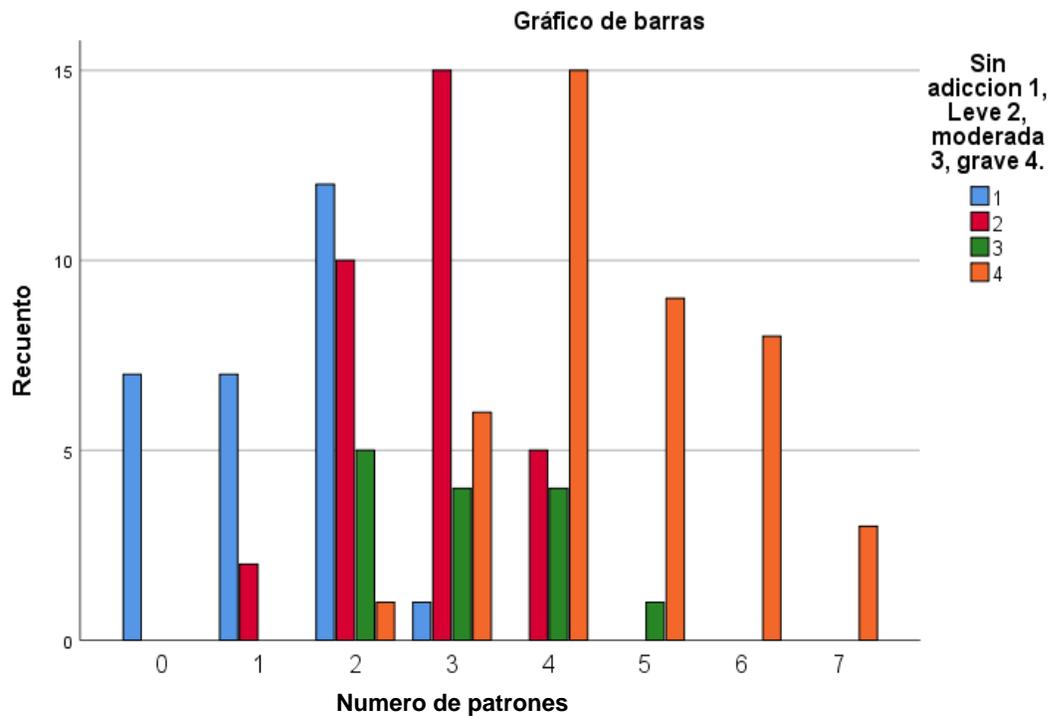
TABLA 35
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DEL PATRONES Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN
PACIENTES CON NORMOPESO.

NUMERO DE PATRONES			SIN ADICCION	LEVE	MODE		Total
					RADA	SEVERA	
0	Recuento	7	0	0	0	0	7
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
1	Recuento	7	2	0	0	0	9
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	77.8%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2	Recuento	12	10	5	1	1	28
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	42.9%	35.7%	17.9%	3.6%	3.6%	100.0%
3	Recuento	1	15	4	6	6	26

	% dentro de NUMERO DE PATRONES	3.8%	57.7%	15.4%	23.1%	100.0%
4	Recuento	0	5	4	15	24
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	20.8%	16.7%	62.5%	100.0%
5	Recuento	0	0	1	9	10
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	0.0%	10.0%	90.0%	100.0%
6	Recuento	0	0	0	8	8
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
7	Recuento	0	0	0	3	3
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento	27	32	14	42	115
	% dentro de NUMERO DE PATRONES	23.5%	27.8%	12.2%	36.5%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 35
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA GRAVEDAD
DE ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

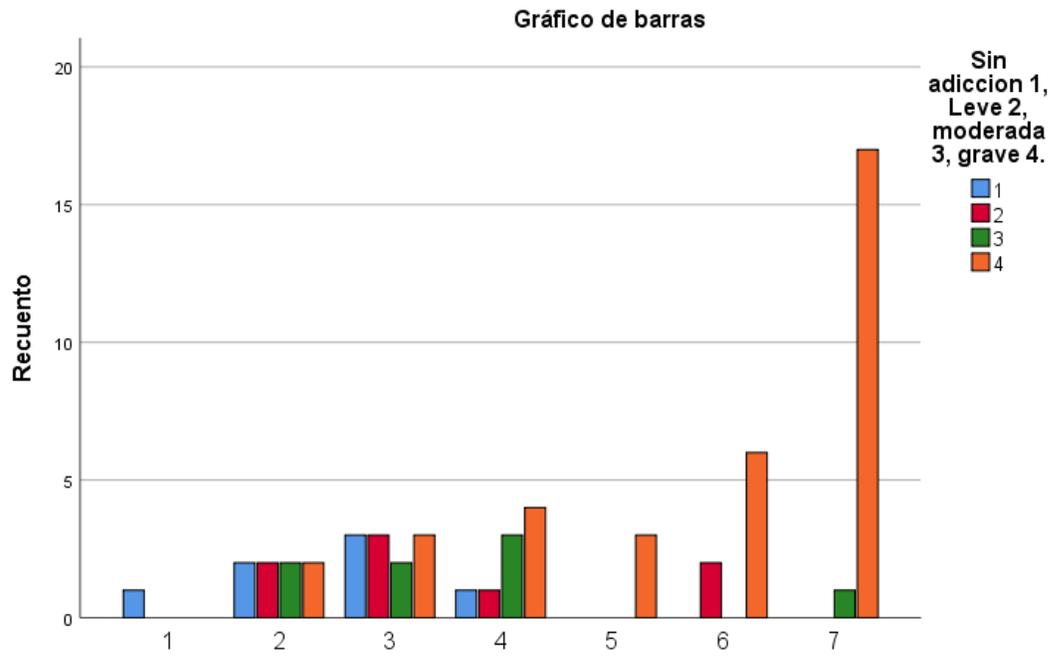
TABLA 36

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		SIN ADICCION	LEVE	MODE RADA	SEVERA		
NUMERO DE PATRONES	1	Recuento	1	0	0	0	1
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	2	Recuento	2	2	2	2	8
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	100.0%
	3	Recuento	3	3	2	3	11
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	27.3%	27.3%	18.2%	27.3%	100.0%
	4	Recuento	1	1	3	4	9
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	11.1%	11.1%	33.3%	44.4%	100.0%
	5	Recuento	0	0	0	3	3
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	6	Recuento	0	2	0	6	8
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
	7	Recuento	0	0	1	17	18
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	0.0%	0.0%	5.6%	94.4%	100.0%
Total		Recuento	7	8	8	35	58
		% dentro de NUMERO DE PATRONES	12.1%	13.8%	13.8%	60.3%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

GRAFICA 36
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE EL NUMERO DE PATRONES Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Numero de patrones

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 37
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DEL PATRONES Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO.

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	109.891 ^a	21	.000
Razón de verosimilitud	123.130	21	.000
Asociación lineal por lineal	69.053	1	.000
N de casos válidos	115		

a. 23 casillas (71.9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .37.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 38
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL NUMERO DE PATRONES Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34.195 ^a	18	.012
Razón de verosimilitud	37.376	18	.005
Asociación lineal por lineal	20.190	1	.000
N de casos válidos	58		

a. 25 casillas (89.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 39
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 1 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON
NORMOPESO

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 1	SI	Recuento	86	8	94
		% dentro de PATRON 1	91.5%	8.5%	100.0%
	NO	Recuento	2	19	21
		% dentro de PATRON 1	9.5%	90.5%	100.0%
Total	Recuento		88	27	115
	% dentro de PATRON 1		76.5%	23.5%	100.0%

TABLA 40
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 1 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 1	SI	Recuento	51	6	57
		% dentro de PATRON 1	89.5%	10.5%	100.0%
	NO	Recuento	0	1	1
		% dentro de PATRON 1	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Recuento		51	7	58
	% dentro de PATRON 1		87.9%	12.1%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 41
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 1 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON
NORMOPESO

Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
-------	----	--	-------------------------------------	---

Chi-cuadrado de Pearson	64.189 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	59.708	1	.000		
Razón de verosimilitud	57.419	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	63.631	1	.000		
N de casos válidos	115				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4.93.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 42
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 1 Y LA ADICCIÓN EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.414 ^a	1	.006		
Corrección de continuidad ^b	1.380	1	.240		
Razón de verosimilitud	4.362	1	.037		
Prueba exacta de Fisher				.121	.121
Asociación lineal por lineal	7.286	1	.007		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 43
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 2 Y LA ADICCIÓN EN PACIENTES CON NORMOPESO

		ADICCIÓN		Total	
		SI	NO		
PATRON 2	SI	Recuento	84	18	102
		% dentro de PATRON 2	82.4%	17.6%	100.0%
	NO	Recuento	4	9	13
		% dentro de PATRON 2	30.8%	69.2%	100.0%

Total	Recuento	88	27	115
	% dentro de PATRON 2	76.5%	23.5%	100.0%

TABLA 44
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 2 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		ADICCION		Total	
		SI	NO		
PATRON 2	SI	Recuento	47	6	53
		% dentro de PATRON 2	88.7%	11.3%	100.0%
	NO	Recuento	4	1	5
		% dentro de PATRON 2	80.0%	20.0%	100.0%
Total	Recuento	51	7	58	
	% dentro de PATRON 2	87.9%	12.1%	100.0%	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 45
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 2 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.077 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	14.327	1	.000		
Razón de verosimilitud	14.236	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	16.929	1	.000		
N de casos válidos	115				

a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 46
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 2 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.324 ^a	1	.569		
Corrección de continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitud	.282	1	.595		
Prueba exacta de Fisher				.487	.487
Asociación lineal por lineal	.319	1	.572		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .60.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 47
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 3 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 3	1.00	Recuento	58	2	60
		% dentro de PATRON 3	96.7%	3.3%	100.0%
	2.00	Recuento	30	25	55
		% dentro de PATRON 3	54.5%	45.5%	100.0%
Total	Recuento		88	27	115
	% dentro de PATRON 3		76.5%	23.5%	100.0%

TABLA 48
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 3 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 3	SI	Recuento	39	0	39
		% dentro de PATRON 3	100.0%	0.0%	100.0%
	NO	Recuento	12	7	19
		% dentro de PATRON 3	63.2%	36.8%	100.0%
Total	Recuento		51	7	58

% dentro de PATRON 3	87.9%	12.1%	100.0%
----------------------	-------	-------	--------

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 49
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 3 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.338 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	26.042	1	.000		
Razón de verosimilitud	32.020	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	28.091	1	.000		
N de casos válidos	115				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.91.

c. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 50
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 3 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.341 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	13.053	1	.000		
Razón de verosimilitud	17.714	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	16.059	1	.000		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.29.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 51
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 4 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 4	SI	Recuento	22	2	24
		% dentro de PATRON 4	91.7%	8.3%	100.0%
	NO	Recuento	66	25	91
		% dentro de PATRON 4	72.5%	27.5%	100.0%
Total	Recuento		88	27	115
	% dentro de PATRON 4		76.5%	23.5%	100.0%

TABLA 52
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 4 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 4	SI	Recuento	33	3	36
		% dentro de PATRON 4	91.7%	8.3%	100.0%
	NO	Recuento	18	4	22
		% dentro de PATRON 4	81.8%	18.2%	100.0%
Total	Recuento		51	7	58
	% dentro de PATRON 4		87.9%	12.1%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 53
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 4 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.872 ^a	1	.049		
Corrección de continuidad ^b	2.880	1	.090		
Razón de verosimilitud	4.582	1	.032		
Prueba exacta de Fisher				.059	.038
Asociación lineal por lineal	3.838	1	.050		

N de casos válidos	115			
--------------------	-----	--	--	--

- a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.63.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 54
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 4 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.248 ^a	1	.264		
Corrección de continuidad ^b	.493	1	.483		
Razón de verosimilitud	1.208	1	.272		
Prueba exacta de Fisher				.409	.238
Asociación lineal por lineal	1.227	1	.268		
N de casos válidos	58				

- a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.66.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 55
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 5 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

		ADICCION		Total	
		SI	NO		
PATRON 5	SI	Recuento	11	1	12
		% dentro de PATRON 5	91.7%	8.3%	100.0%
	NO	Recuento	77	26	103
		% dentro de PATRON 5	74.8%	25.2%	100.0%
Total	Recuento	88	27	115	
	% dentro de PATRON 5	76.5%	23.5%	100.0%	

TABLA 56
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 5 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		ADICCIÓN		Total	
		SI	NO		
PATRON 5	SI	Recuento	28	0	28
		% dentro de PATRON 5	100.0%	0.0%	100.0%
	NO	Recuento	23	7	30
		% dentro de PATRON 5	76.7%	23.3%	100.0%
Total	Recuento	51	7	58	
	% dentro de PATRON 5	87.9%	12.1%	100.0%	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 57
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 5 Y LA ADICCIÓN EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.711 ^a	1	.191		
Corrección de continuidad ^b	.899	1	.343		
Razón de verosimilitud	2.077	1	.150		
Prueba exacta de Fisher				.289	.173
Asociación lineal por lineal	1.696	1	.193		
N de casos válidos	115				

- a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.82.
b. Solo se ha calculado para una tabla de 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 58
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 5 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.430 ^a	1	.006		
Corrección de continuidad ^b	5.394	1	.020		
Razón de verosimilitud	10.126	1	.001		
Prueba exacta de Fisher				.011	.007
Asociación lineal por lineal	7.302	1	.007		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.38.

d. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 59
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 6 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

		ADICCION		Total	
		SI	NO		
PATRON 6	SI	Recuento	22	1	23
		% dentro de PATRON 6	95.7%	4.3%	100.0%
	NO	Recuento	66	26	92
		% dentro de PATRON 6	71.7%	28.3%	100.0%
Total		Recuento	88	27	115
		% dentro de PATRON 6	76.5%	23.5%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 60
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 6 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

		ADICCION		Total
		SI	NO	

PATRON 6	SI	Recuento	29	0	29
		% dentro de PATRON 6	100.0%	0.0%	100.0%
	NO	Recuento	22	7	29
		% dentro de PATRON 6	75.9%	24.1%	100.0%
Total		Recuento	51	7	58
		% dentro de PATRON 6	87.9%	12.1%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 61
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 6 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.856 ^a	1	.016		
Corrección de continuidad ^b	4.601	1	.032		
Razón de verosimilitud	7.567	1	.006		
Prueba exacta de Fisher				.014	.010
Asociación lineal por lineal	5.806	1	.016		
N de casos válidos	115				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 62
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 6 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.961 ^a	1	.005		
Corrección de continuidad ^b	5.849	1	.016		
Razón de verosimilitud	10.668	1	.001		
Prueba exacta de Fisher				.010	.005
Asociación lineal por lineal	7.824	1	.005		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 63
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 7 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 7	SI	Recuento	41	2	43
		% dentro de PATRON 7	95.3%	4.7%	100.0%
	NO	Recuento	47	25	72
		% dentro de PATRON 7	65.3%	34.7%	100.0%
Total	Recuento		88	27	115
	% dentro de PATRON 7		76.5%	23.5%	100.0%

TABLA 64
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 7 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

			ADICCION		Total
			SI	NO	
PATRON 7	SI	Recuento	28	3	31
		% dentro de PATRON 7	90.3%	9.7%	100.0%
	NO	Recuento	23	4	27
		% dentro de PATRON 7	85.2%	14.8%	100.0%
Total	Recuento		51	7	58
	% dentro de PATRON 7		87.9%	12.1%	100.0%

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 65
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 7 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON NORMOPESO

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.550 ^a	1	.000		
Corrección de continuidad ^b	11.928	1	.001		
Razón de verosimilitud	16.188	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	13.432	1	.000		
N de casos válidos	115				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.10.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

TABLA 66
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL PATRON 7 Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.359 ^a	1	.549		
Corrección de continuidad ^b	.038	1	.845		
Razón de verosimilitud	.358	1	.549		
Prueba exacta de Fisher				.694	.421
Asociación lineal por lineal	.353	1	.553		
N de casos válidos	58				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.26.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

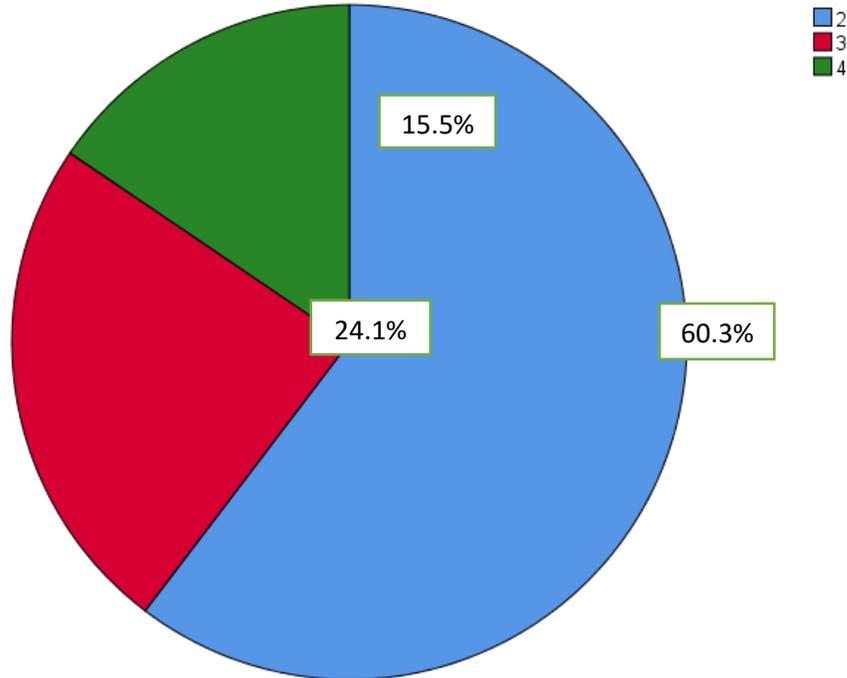
TABLA 67
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL IMC EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SOBREPESO	35	60.3	60.3	60.3
OBESIDAD GRADO 1	14	24.1	24.1	84.5
OBESIDAD GRADO 2	9	15.5	15.5	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

GRAFICA 67
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL IMC EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

1 normopeso, 2 sobrepeso, 3 obesidad grado 1, 4 obesidad grado 2, 5 obesidad grado 3



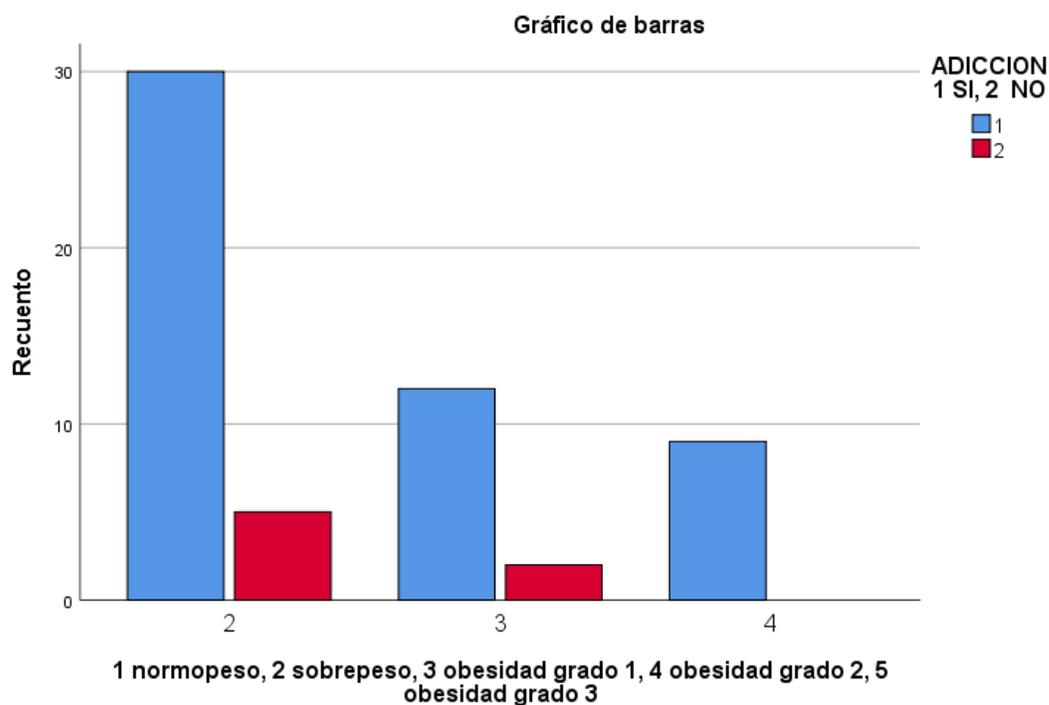
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 68
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL IMC Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	ADICCION		Total
	SI	NO	
SOBREPESO	30	5	35
OBESIDAD GRADO 1	12	2	14
OBESIDAD GRADO 2	9	0	9
Total	51	7	58

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

GRAFICA 68
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL IMC Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 69
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA DEL IMC Y LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.462 ^a	2	.481
Razón de verosimilitud	2.531	2	.282
Asociación lineal por lineal	.993	1	.319
N de casos válidos	58		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.09.

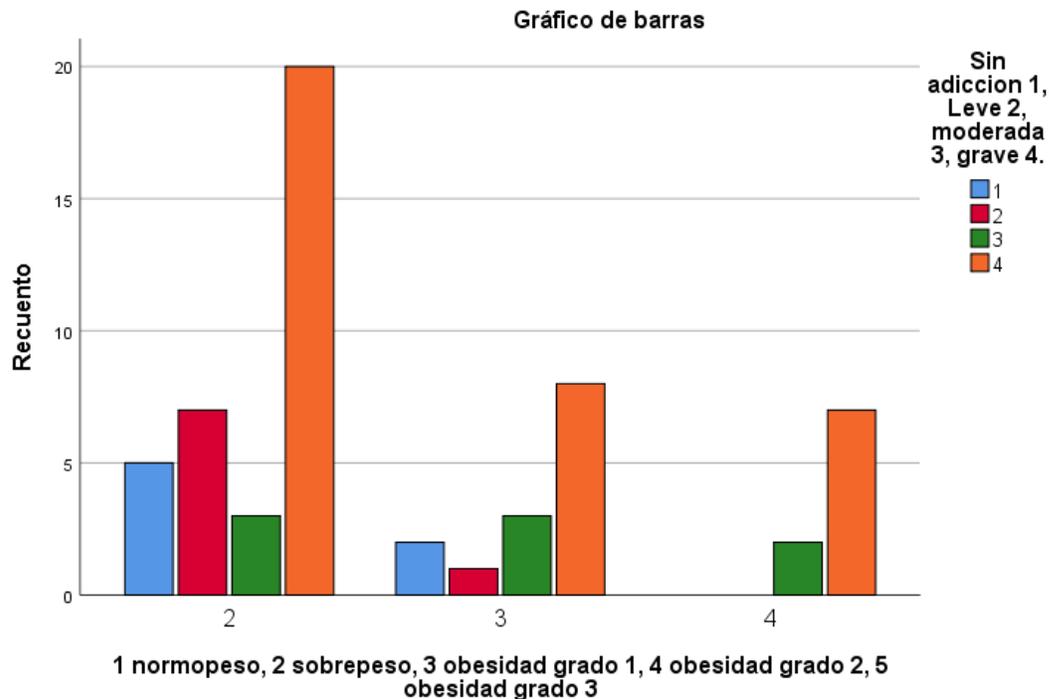
Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

TABLA 70
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA AL IMC Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	SIN ADICCION	LEVE	MODERADA	GRAVE	Total
SOBREPESO	5	7	3	20	35
OBESIDAD GRADO 1	2	1	3	8	14
OBESIDAD GRADO 2	0	0	2	7	9
Total	7	8	8	35	58

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33".

GRAFICA 70
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA AL IMC Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD



Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

TABLA 71
DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA PRESENCIA AL IMC Y LA GRAVEDAD DE LA ADICCION EN
PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.237 ^a	6	.397
Razón de verosimilitud	8.443	6	.207
Asociación lineal por lineal	2.500	1	.114
N de casos válidos	58		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.09.

Fuente: "Patrones de conducta alimentaria adictiva y la gravedad medidos por la escala de YFAS en pacientes con y sin obesidad en la UMF 33"

9. DISCUSION

Al considerar el grupo de edad se observó que tanto en los pacientes con normopeso y en los pacientes con sobrepeso/obesidad, predominaron los pacientes de 18 a 28 años (29.6% vs 22.4%). Así mismo en un estudio realizado en adolescentes mexicanos se encontró que con respecto a la edad la mayor parte de los adolescentes corresponden a los participantes de 18 años 2 y el 5% de este grupo etario predominaron los pacientes con obesidad.

Por otro lado, se observó que tanto en los pacientes con normopeso y los pacientes con sobrepeso/obesidad, predominaron las mujeres (65.2% vs 67.2%). Así mismo en México se validó el instrumento YFAS traducido en español, en este estudio el 77% fueron mujeres.

En cuanto al IMC en los pacientes con sobrepeso/obesidad el 60.3% presentaron sobrepeso, el 24.2% obesidad grado 1 y el 15.5% obesidad grado 2. De esta manera en México se validó el instrumento YFAS traducido en español, en este estudio el 33% estaba en el rango de sobrepeso, 21% en el rango de obesidad y de estos últimos el 65% tuvieron obesidad grado 1, el 8% tuvieron obesidad grado 2.

En relación a la presencia del patrón 1 (Sustancia consumida en mayor cantidad y durante un periodo más largo de lo previsto) se encontró un menor porcentaje en el grupo de controles (81.7%), en comparación con el grupo de casos (98.3%). Mientras que en lo que respecta a la presencia del patrón 1 y la adicción se encontró un menor porcentaje en el grupo de casos (89.5%) en comparación con el grupo de controles (91.5%). Se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 1 y la adicción en el grupo normopeso (controles) ($p=0.000$) y grupo sobrepeso/obesidad (casos) ($p=0.006$). Así mismo en México un estudio con ($n=160$) adultos para validar la escala de YFAS mostro en cuanto al análisis factorial que el primer componente fue el más extenso y el que representa la esencia de constructo de adicción por los alimentos en cuanto a lo que implica un mayor y desmedido consumo.

En cuanto a la presencia del patrón 2 (Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia) se observó un menor porcentaje en el grupo de controles (88.7%), en comparación con el grupo de casos (91.4%). Mientras que en lo que respecta a la presencia del patrón 2 y la adicción se encontró un porcentaje menor en el grupo controles (82.4%), en comparación con el grupo controles (88.7%). Se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 2 y la adicción en el grupo controles (normopeso) ($p=0.000$) y no se encontró significancia estadística entre la presencia del patrón 2 y la adicción en el grupo

casos (sobrepeso/obesidad) ($p=0.569$). Así mismo en cuanto al análisis factorial de un estudio en el 2016 en México para validar la escala de adicción a los alimentos de Yale describió el segundo componente como las consecuencias asociadas a este consumo desmedido.

En relación a la presencia del patrón 3 (Mucho tiempo para obtener, consumir o recuperarse) se encontró un mayor porcentaje en el grupo de casos (67.2 %), en comparación con el grupo de controles (52.2%). Mientras que en lo que respecta a la presencia del patrón 3 y la adicción se observó un menor porcentaje en grupo controles (96.7%) en comparación con el grupo casos (100%). Se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 3 y la adicción tanto en grupo controles (normopeso) ($p=0.000$) como en grupo casos (sobrepeso/obesidad) ($p=0.000$). En ese mismo estudio realizado en México describió el tercer componente como lo frágil que resulta la voluntad en cuanto al esfuerzo por frenar el consumo.

En cuanto a la presencia del patrón 4 (Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional) se encontró que el porcentaje fue menor en el grupo de casos (20.9%) en comparación con el grupo de controles (62.1%). Mientras que en lo que respecta a la presencia del patrón 4 y la adicción se encontró un porcentaje igual en el grupo controles y grupo casos (91.7%). De acuerdo a la anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 4 y la adicción en el grupo controles (normopeso) ($p=0.049$) y no se encontró asociación significativa entre la presencia del patrón 4 y la adicción en grupo casos (sobrepeso y obesidad) ($p=0.264$). En el estudio realizado en el 2016 en México se describió el cuarto componente que expresa el descuido de las demás actividades.

En relación a la presencia del patrón 5 (Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas, por ejemplo: falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente sospechoso) se encontró menor porcentaje en el grupo controles (10.4%) en comparación con el grupo de casos (48.3%). Con respecto a la presencia del patrón 5 y la adicción se observó un porcentaje menor en grupo controles (91.7%) en comparación con el grupo casos (100%). No se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 5 y la adicción en el grupo controles (normopeso) ($p=0.191$), mientras que se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 5 y la adicción en el grupo casos (sobrepeso y obesidad) ($p=0.006$). Así mismo la Dra. Diaz en el estudio para

validar el instrumento de YFAST encontró que el 82.6% de su población presento alguna alteración clínica relacionada a su exceso de peso.

En cuanto a la presencia del patrón 6 (Tolerancia, marcado aumento de la cantidad; marcado descenso del efecto) se encontró un menor porcentaje en el grupo de controles (20%), en comparación con el grupo de casos (50%). Con respecto a la presencia del patrón 6 y la adicción se observó que el porcentaje fue menor en el grupo controles (95.7) en comparación con el grupo casos (100%). Se identifico asociación significativa entre la presencia del patrón 6 y la adicción en el grupo controles (normopeso) ($p=0.016$) y ($p=0.005$) en el grupo casos (sobrepeso y obesidad). En 2016 en México, un estudio con ($N=160$) adultos para validar la escala de adicción a los alimentos de Yale mostro el sexto componente, que estuvo compuesto por aquellas preguntas que exploran la tolerancia.

En relación a la presencia del patrón 7 (Síntomas de abstinencia característicos o ingesta de sustancias para aliviar los síntomas de abstinencias) se observó un menor porcentaje en el grupo de controles (37.4%), en comparación con el grupo de casos (53.4%). Con respecto a la presencia del patrón 7 y la adicción se identificó que el porcentaje fue menor en el grupo casos (sobrepeso/obesidad) (90.3%) en comparación con el grupo controles (95.3%). De acuerdo a lo anterior se identificó asociación significativa entre la presencia del patrón 7 y la adicción en el grupo controles (normopeso) ($p=0.000$) y no se identificó asociación significativa entre el patrón 7 y la adicción en el grupo casos (sobrepeso y obesidad) ($p=0.549$). Al respecto en el 2016 en México, un estudio ($n=160$) adultos para validar la escala de adicción a los alimentos de Yale, mostro una $p>0.01$, $n=96$, esto sugirió que los criterios evalúan una conducta alimentaria excesiva episódica, asociada a componentes emocionales como la culpa y ansiedad.

Por otro lado, en relación a la presencia de la adicción a los alimentos se observó un porcentaje menor en el grupo de controles (76.5%) en comparación con el grupo de casos (89.7%). Al considerar la presencia del grado de adicción, con respecto a la adicción leve se observó un porcentaje menor en el grupo de casos (13.8%) en comparación con el grupo de controles (27.8%), mientras que en la adicción moderada se observó un porcentaje menor en el grupo de controles (12.2%) den comparación con el grupo de casos (13.8%) y en la adicción grave se observó un porcentaje menor en el grupo de controles (36.5%) en comparación con el grupo de casos (60.3%), se identificó asociación significativa entre la presencia de la adicción y el grado de adicción en pacientes con normopeso (controles) y sobrepeso/obesidad (casos), ($p=0.000$). Así mismo en España se realizó el primer estudio

que exploraba la prevalencia de adicción a la comida en una muestra de pacientes, el 72% cumplía criterios para este diagnóstico según YFAS.

En lo que respecta a la presencia del número de patrones y la adicción se encontró mayor número de patrones en el grupo de casos (n=18 presentaron 7 patrones), en comparación con el grupo de controles (n=3 presentaron 7 patrones), se identificó asociación significativa entre la presencia del número de patrones y la presencia de la adicción en el grupo controles (p=0.000) y en el grupo casos (p=0.021). En relación a la presencia del número de patrones y la gravedad de la adicción se observó mayor número de patrones (7) con respecto a la adicción grave en el grupo casos 60.3% (n=35), en comparación con el grupo controles 100% (n=3). Así mismo una breve revisión realizada por Meule, demuestra una relación no lineal, por los cuales las tasas de adicción a la comida son más altas entre personas que presentan un número mayor de patrones entre personas con sobrepeso y que aumenta aún más con la obesidad.

De acuerdo a la presencia del IMC y la adicción se encontró que n=30 tenían sobrepeso, n=12 tenían obesidad grado 1 y n=9 tenía obesidad grado 2, no se identificó asociación significativa entre el IMC y la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad (p=0.481). Así mismo en el 2016 en un estudio realizado en México en cuanto a la correlación entre la escala de Yale y el IMC, el coeficiente de Spearman sugirió una relación positiva débil, lo que implica que podría presentarse una conducta adictiva a los alimentos aun en individuos con peso normal.

Por último de acuerdo a la presencia del IMC y la gravedad de la adicción se encontró que del total de pacientes con sobrepeso n=35 (60.3%), n=5 no tenían adicción, n=7 tenían adicción leve, n=3 tenían adicción moderada, n=20 tenían adicción grave, mientras que del total de pacientes con obesidad grado 1 n=14 (24.1%), n=1 no tenía adicción, n=1 tenía adicción leve, n=3 con adicción moderada, n=8 con adicción grave, y de los pacientes con obesidad grado 2 n=9 (15.5%) n=2 tenían adicción moderada y n=7 con adicción grave, por lo que no se identificó asociación significativa entre el IMC y la gravedad de la adicción en pacientes con sobrepeso y obesidad (p=0.397). Lo anterior muestra que las consecuencias de padecer adicción a la comida como en el reporte de un estudio realizado a más de 200 pacientes israelíes, muestran que la adicción a la comida se asocia significativamente a una alta prevalencia de obesidad.

10. CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que en grupo de pacientes con normopeso predominaron los siguientes resultados: 29.6% (n=34) se encontraban entre 18 a 28 años, el 65.2% (n=75) eran mujeres, 39.1% (n=45) tuvieron una escolaridad de licenciatura, 51.3% (n=59) eran solteros. A si mismo de identifico que em el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad el 22.4% (n=13) tenían entre 18 a 28 años, el 67.2% (n=39) eran mujeres, 29.3% (n=17) tuvieron una escolaridad de bachillerato, 40.35 (n=28) eran solteros.

En el grupo de pacientes con normopeso se observó la presencia del patrón 1 en el 87% (n=94), el patrón 2 se presentó en el 88.7% (n=102), el patrón 3 se observó en el 52.2% (n=60), el patrón 4 se presentó en el 79.1% (n=91), el patrón 5 se observó en el 89.6% (n=103), el patrón 6 se presentó en el 80% (n=92) y el patrón 7 se observó en el 62.6% (n=72). Mientras que en el grupo de los pacientes con sobrepeso/obesidad se identificó que el patrón 1 se presentó en el 98.3% (n=57), el patrón 2 se presentó en el 91.4% (n=53), el patrón 3 se observó en el 67.2% (n=39), el patrón 4 se presentó 62.1% (n=36), el patrón 5 se observó en el 48.3% (n=28), el patrón 6 se observó en el 50% (n=29) y el patrón 7 se presentó en el 53.4% (n=31).

Se encontró que en el grupo de pacientes con normopeso el 76.8% (n=88) presentaron la adicción a los alimentos, mientras que en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad el 87.9% (n=51). Mientras que la presencia de la adicción y la gravedad de la adicción se identificó asociación significativa en el grupo de pacientes con normopeso y el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad (p=0.000).

Se observó que la presencia del número de patrones y la adicción a la comida se identificó asociación significativa en el grupo de pacientes con normopeso (p=0.000) y en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad (p=0.021). Mientras que la presencia del número de patrones y la gravedad de la adicción se identificó asociación significativa en el grupo de normopeso (p=0.000) en pacientes del grupo de normopeso y en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad (p=0.012).

Con lo que respecta a la presencia del patrón 1 y la adicción se identificó asociación significativa en el grupo de pacientes con normopeso (p=0.000) y en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad (p=0.006). En la presencia del patrón 2 y la adicción se identificó asociación significativa en el grupo de pacientes con normopeso (p=0.000), mientras que en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad no se identificó asociación significativa

($p=0.569$). Se encontró en la presencia del patrón 3 y la adicción con una significancia estadística en el grupo de pacientes con normopeso y en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad ($p=0.000$). Se identificó asociación significativa con respecto a la presencia del patrón 4 y la adicción en el grupo de pacientes con normopeso ($p=0.49$), pero no se encontró significancia estadística en el grupo de sobrepeso/obesidad ($p=0.264$). Mientras que en cuanto a la presencia del patrón 5 y la adicción se identificó significancia estadística en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad ($p=0.006$) y no se identificó significancia estadística en el grupo de pacientes con normopeso ($p=0.191$). Se identificó asociación significativa en la presencia del patrón 6 y la adicción en el grupo de pacientes con normopeso($p=0.016$) y en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad ($p=0.005$). Se encontró asociación significativa de la presencia del patrón 7 y la adicción en pacientes con normopeso ($p=0.000$), pero no se identificó significancia estadística en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad ($p=0.549$).

La versión de YFAS en español presenta propiedades psicométricas adecuadas, para determinar la presencia de los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, por lo que se considera que podrá ser útil en la práctica asistencial y de estudio de investigación clínica en la población mexicana

A pesar de no haber encontrado asociación entre el IMC y la adicción a los alimentos ($p=0.481$) y no identificar significancia estadística entre el IMC y la gravedad de la adicción ($p=0.391$). En cuanto a la correlación entre la escala de Yale y el IMC podría presentarse una conducta adictiva a los alimentos aun en individuos con peso normal. Por lo que sería recomendable un muestreo que considerara una población con mayor prevalencia de obesidad para evaluar su correlación con la escala de YFAS.

Así mismo contar con un instrumento como la escala de YFAS en español abre la posibilidad de detectar pacientes mexicanos con una conducta de hiperfagia que puede reflejar rasgos de trastornos psiquiátricos que llevan al desarrollo de obesidad, lo que facilitara su tratamiento y otorgar un abordaje más amplio ya acorde al fenómeno natural de apetencia.

Consideramos que la presente investigación puede ser utilizada como referencia en futuras investigaciones relacionadas con la obesidad, tener una aceptación de la afirmación de que la obesidad es una forma de adicción a la comida, puede tener implicaciones importantes para la forma en que se trata la obesidad.

Aunque la adicción a la comida no está reconocida por ahora como un trastorno mental, es innegable que presenta características psicológicas /comportamentales muy cercanas a la adicción. Sin embargo a pesar de las similitudes clínicas entre los trastornos en donde aparecen sobre ingestas de alimentos y los trastornos adictivos (a diferencia del alcohol, sustancias varias o el juego), la ingesta de alimentos es necesaria para vivir, por lo que es imposible diseñar un tratamiento basado en la abstinencia total.

Dado que la adicción a los alimentos no tiene aún identidad diagnóstica no se han establecido tratamientos psicológicos establecidos, sin embargo, algunos de los tratamientos aplicados son la terapia cognitivo conductual, que ha demostrado resultados satisfactorios en la reducción de los síntomas de la adicción a la comida (evaluado mediante la escala de YFAS).

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Salafia M, Casari L, Vera M. La inteligencia emocional en personas con sobrepeso y obesidad. *Eureka*. 2015; 12 (2): 193-204.
2. Gutiérrez J, Guevara M, Enríquez M, Paz M, Hernández del Ángel M, Landeros E. Estudio en familias: factores ambientales y culturales asociados al sobrepeso y obesidad. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. 2017; (45): 1-9.
3. Romero A, Arellano M. Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre personas con obesidad en la Ciudad de México. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*. 2020; 30 (55): 1-28.
4. Betancourt L, Calvo S, Saona G. Food Addiction: Another Determinant Associated with the adherence to nutritional treatment. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2019; 8 (2): 1-15.
5. Valdés M, Rodríguez M, Cervantes J, Camarena B, De Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su valuación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Salud mental*. 2016; 39 (6): 295-302
6. Yi Z, Ju L, Jianliang Y, Gang J, Long Q, Jing W, et al. Obesity: Pathopsychology and Intervention. *Nutrients*. 2014; 6 (11): 5153-5183.
7. Quintero J, Félix M, Banzo C, Martínez de Velasco R, Barbudo E, Silveria B, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*. 2016; 39 (3): 123-130.
8. Pardis P, Guang S. Hormonal and Dietary Characteristics in Obese Human Subjects with and without Food Addiction. *Nutrients*. 2015; 7 (1): 223-238.
9. López J, Garcés de los Fayos E. Edorexia y deporte. Una concepción acerca de la obesidad y la adicción a la comida. *Psicología del Deporte*. 2012; 12(1): 1-3.
10. Aguera Z, Wolz I, Sánchez I, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. Adicción a la comida: Un constructo controvertido. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2016; (117): 17-30.
11. Meule A, Gearhardt A. Food Addiction in the Light of DSM-5. *Nutrients*. 2014; 6 (9): 3653-3671
12. Pursey K, Stanwell P, Gearhardt A, Collins C, Burrows T. The Prevalence of Food Adicction as Assessed by the Yale Food Adicction Scale. A Systematic Review. *Nutrientes*. 2014; 6(10): 4552-4590

13. Obregón A, Fuentes J, Pettinelli P. Asociación entre la adicción a la comida y estado nutricional en universitarios chilenos. Rev Med Chile. 2015; (143): 589-597.
14. Figueroa J, Cjuno J. Food Addiction in Latin América. Medwave. 2018; 18(1).
15. Lee N, Hall W, Lucke J, Forlini C, Carter A. Food Adicction and its Impacto Weight-Based Stigma and the treatment of Obese individuals in the U.S and Australia. Nutrients. 2014; 6 (11): 5312-5326.
16. Santaolaya P, Bernárdez I, Iglesias J, Vidaña D, Ortega Monroy M, et al. Asociación entre la adicción a la comida e índice de masa corporal en niños mexicanos de 10 a 16 años de edad. Acta Medica Grupo Ángeles. 2019; 17 (4): 358-363.
17. Guevara M, Ruiz k, Pacheco L, Santos J, González de la Cruz Patricia, Sánchez A. Adicción a la comida y estado nutricional en adolescentes de una preparatoria publica en México. Enferm.glob. 2020; 19 (58).
18. Davis Caroline, Loxton N. A Psycho-Genetic Study of Hedonic Responsiveness in Relation to "Food Adicction". Nutrients. 2014; 6 (10): 4338-4353.
19. Mercola. Un estudio de imágenes cerebrales confirma la naturaleza adictiva de los carbohidratos procesados.2013.
20. Montalvo L, Cárdenas R, Reyes L, Zambrano E, Ortiz Roció, Camacho A. Identificación de los genes candidatos de adicción a la comida empleando un modelo de programación fetal. RCFB. 2018; (2): 53-54.
21. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENEU>
22. [Diccionario de la Real Academia Española. España. Real academia española. 199. Internet. \[Citado el 28 de Agosto de 2019\]. Disponible en: http://www.rae.es.com](http://www.rae.es.com)
23. Youdim A. Hidratos de carbono, proteínas y grasas. Manual MSD. 2019
24. Méndez J, Vázquez V, García E. Trastornos de la conducta alimentaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2008; 65(6).
25. Schulte E. Gearhardt A. Desarrollo de la escala modificada de adicción a los alimentos de Yale versión 2.0. 2017; 25 (4): 302-308.

12. ANEXOS.

ANEXO 1. Carta de Consentimiento para participación en protocolos de investigación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLO DE INVESTIGACION (ADULTOS).

Nombre del estudio:	"Patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, medidos por la escala de YFAS, en pacientes con y sin obesidad en la UMF33 "
Lugar y fecha:	Azacapozalco ciudad de México. Unidad de Medicina Familiar No.33 "El Rosario".
Número de Registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar los patrones de conducta alimentaria adictiva y su gravedad, medidos por la escala de YFAST, en pacientes con y sin en la UMF33. La obesidad impacta negativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Una de las causas de la obesidad está determinada por una conducta alimentaria, en la cual hay un consumo excesivo de alimentos como hidratos de carbono y grasas; se caracteriza por una reducida sensibilidad al placer y pérdida del control para consumirlos.
Procedimientos:	Antes de participar en el estudio se le informará ampliamente de manera verbal y escrita sobre el objetivo del presente estudio. Posteriormente se le otorgará un cuestionario que deberá responder, el presente consentimiento no le obliga a participar en el estudio. Se le solicitará información respecto a su peso y talla.
Posibles Riesgos y molestias.	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno. Si en algún momento se llegara a sentir incómodo por el tipo de preguntas usted puede optar por no contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Tampoco recibirá ningún beneficio directo al participar. Un posible beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le proporcionará información sobre si presenta algún grado de conducta alimentaria de riesgo que condicione implicaciones para el control de su peso, podrá ser derivado a la consulta de medicina familiar para implementar un manejo multidisciplinario para el control de su peso
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención otorgada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar en estudio en cualquier momento.
Privacidad y Confidencialidad:	La información que nos proporcionen que pudiera ser utilizada para identificarlos (nombre y número de seguridad social será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas al cuestionario, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
No acepto	<input type="checkbox"/> participar en el estudio
Si acepto	<input type="checkbox"/> participar en el estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. José Elpidio Andrade Pineda. Medico Familiar, Matricula 98350514 Tel: 53825110 ext.21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ e Invest en Salud. UMF. 120
Colaboradores:	Dra. Maria Eugenia Velez Ortiz. Matricula 98153180 Tel: 53825110 ext.21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ e Invest en Salud. UMF33 "El Rosario".
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 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México. D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56276900 extensión 21230, Correo electrónico: comision_etica_imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dr. José Elpidio Andrade Pineda.

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2. Cuestionario



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"
CUESTIONARIO.

“PATRONES DE CONDUCTA ALIMENTARIA ADICTIVA Y LA GRAVEDAD MEDIDOS POR LA ESCALA DE YFAS EN PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD EN LA UMF 33”

Le solicito de la manera más atenta su valiosa participación para responder el siguiente cuestionario. El propósito es recabar información acerca de la conducta alimentaria adictiva y la gravedad. Hago de su conocimiento que la información proporcionada será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**.

INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual, marcando la letra que corresponda.

I. Datos sociodemográficos:

1. ¿Cuál es su sexo?

- a) Hombre
- b) Mujer

2. ¿Cuál es su edad?

- a) _____años

3. ¿Cuál es su escolaridad?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Bachillerato
- d) Licenciatura
- e) Posgrado

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero/a
- b) Casado/a
- c) Separado/a

5. La siguiente información, será contestada por el investigador:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Kg/m².

II. Escala YFAS.

En este cuestionario se le preguntará por sus hábitos alimenticios en los **últimos 12 meses**, en cuanto a ciertos alimentos como:

- Helado, chocolate, galletas, pasteles, golosinas, panques.
- Hidratos de carbono como pan blanco, pastas, arroz, papas cocidas.
- Bocadoillos (snacks) salados como papas fritas, nachos, galletas saladas, sopas
- Alimentos con grasa como carnes grasas, tocino, hamburguesas, mayonesa, pizza, completos.
- Bebidas azucaradas como jugos o bebidas gaseosas.

Cuando se mencione la frase “este tipo de alimentos, por favor piense en cualquier alimento similar a los que se mencionan arriba.

1. Marque con una **X** en la columna de la frecuencia que más se ajuste a sus hábitos alimenticios.

Nº	En los últimos 12 meses	Nunca	1 vez al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
1	Me he dado cuenta de que cuando empiezo a comer (o beber) “este tipo de alimentos”, término consumiendo mucho más de lo que había planeado inicialmente.					
2	Me he sorprendido a mí mismo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, incluso cuando ya no tengo hambre.					
3	He comido hasta el punto en que me siento físicamente incomodo/a, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náusea, indigestión, agruras.					
4	Dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos” ha sido un tema que me preocupa					
5	He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.					
6	He comido (o bebido) “este tipo de alimentos” constantemente y durante todo el día					
7	Cuando no he tenido a mi disposición “este tipo de alimentos” he ido buscarlos, por ejemplo: he ido al supermercado o a la tienda a comprarlos, incluso teniendo otras cosas para comer en mi casa.					
8	He pasado mucho tiempo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, en lugar de trabajar, estar con mi familia o amigos, hacer otras cosas importantes o actividades recreacionales que disfruto.					
9	He perdido mucho tiempo en manejar sentimientos negativos como culpa, frustración, enojo u otros, por el hecho de comer (o beber) demasiado de “este tipo de alimentos”, en lugar de hacer otras cosas importantes.					
10	He evitado asistir a eventos laborales o sociales donde hay disposición de “este tipo de alimentos”, por miedo a que podrá comer (o beber) demasiado.					
11	He evitado asistir a eventos laborales o sociales porque no había “este tipo de alimentos” y no podía consumirlos					
12	He tenido sensaciones de intranquilidad, angustia, nerviosismo u otros síntomas físicos cuando he dejado de consumir “este tipo de alimentos” (por favor no incluya síntomas causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.)					
13	He consumido “este tipo de alimentos” para evitar sensaciones de angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos que he experimentado antes. (Por favor no incluya síntomas causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.)					
14	He sentido muchos deseos de consumir “este tipo de alimentos” cuando dejo de comerlos					
15	Mi comportamiento respecto a la comida y al comer, me ha causado mucha angustia, ansiedad o depresión.					
16	He tenido importantes problemas en mi vida diaria por la comida o por el comer (tales como problemas de salud, en el trabajo, en la escuela, en actividades sociales/familiares).					

Nº	En los últimos 12 meses	No	Si
17	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas psicológicos, tales como depresión, angustia, culpa, odio a mí mismo/a.		
18	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad), o han hecho que un problema de este tipo empeore.		
19	He permanecido consumiendo los mismos tipos de alimentos o la misma cantidad de esos alimentos, aun cuando estaba teniendo problemas emocionales o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) a causa de ello.		

20	He ido sintiendo que necesito comer más y más para tener las sensaciones que quiero (como, por ejemplo: reducir mis emociones negativas como ansiedad o culpa, o tener más placer).		
21	Me he dado cuenta de que consumir la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta las sensaciones de placer, así como lo hacía antes.		
22	He querido dejar de consumir o consumir menos de "este tipo de alimentos"		
23	He tratado de dejar de consumir o consumir menos de "este tipo de alimentos"		
24	He logrado dejar de consumir o consumir menos de "este tipo de alimentos"		

Nº	En los últimos 12 meses	1 o pocas veces	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
25	¿Cuántas veces trato de consumir menos o de dejar de consumir por completo "este tipo de alimentos"?					