



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Pediatría

Centro Médico Nacional de Occidente

Tesis para obtener la subespecialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE
PAIDOPSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

Presenta

Dra. Sol María Contreras Valdez

Director de Tesis

Dr. César Alberto Prieto Garza

Co-Directora de Tesis

Dra. Cecilia Colunga Rodríguez

Guadalajara, Jalisco. Febrero de 2024



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.

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

R-2024-1302-021

En virtud de haber terminado de manera satisfactoria su tesis y contar con el aval de su director de tesis para obtener el grado de especialista en:

PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

SE AUTORIZA LA IMPRESIÓN DE TESIS DEL ALUMNO.

DRA. SOL MARIA CONTRERAS VALDEZ

“PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE PAIDOPSIQUIATRIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”

DIRECTOR DE TESIS

DR. CESAR ALBERTO PRIETO GARZA



ENC. DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. HORACIA CELINA VELARDE SCULL



TESISTA

Nombre: Dra. Sol María Contreras Valdez

Adscripción: Residente de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO.

Dirección: Av. Belisario Domínguez No. 735 Col. Independencia.

CP 44340, Guadalajara, Jalisco

Matrícula: 97207965

Teléfono: 3316709480

Correo electrónico: sol.contreras.91@hotmail.com

DIRECTOR DE TESIS

Nombre: Dr. César Alberto Prieto Garza

Adscripción: UMAE Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS

Dirección: Av. Belisario Domínguez No. 735 Col. Independencia.

CP 44340, Guadalajara, Jalisco

Matrícula: 991440850

Teléfono: 8711898430

Correo electrónico: cesar_nodoubt@hotmail.com

CO-DIRECTOR DE TESIS

Nombre: Dra. Cecilia Colunga Rodríguez

Adscripción: Investigador, adscrita al servicio de Investigación de UMAE Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS.

Dirección: Av. Belisario Dominguez No.735 Col. Independencia.

CP 44340, Guadalajara, Jalisco.

Matrícula: 11637897

Teléfono 36693000, ext. 32695.

Correo electrónico: cecilia.colunga@imss.gob.mx.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| I. RESUMEN ESTRUCTURADO | 4 |
| II. MARCO TEORICO | 7 |
| ANTECEDENTES | 18 |
| III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 21 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| IV. JUSTIFICACIÓN | 23 |
| V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO | 25 |
| HIPÓTESIS..... | 25 |
| VI. MATERIAL Y MÉTODOS | 26 |
| Diseño del estudio | 26 |
| Lugar o sitio del estudio | 26 |
| Criterios de selección de la muestra | 26 |
| Definición de las variables..... | 27 |
| Tamaño de la muestra | 33 |
| Tipo de muestra y sistema de muestreo..... | 33 |
| Análisis estadístico..... | 33 |
| VII. ASPECTOS ÉTICOS | 34 |
| VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO | 37 |
| IX. RESULTADOS | 39 |
| X. DISCUSIÓN | 42 |
| XI. CONCLUSIONES | 45 |
| XII. REFERENCIAS | 46 |
| XIII. ANEXOS | 52 |

ABREVIATURAS

CMNO: Centro Médico Nacional de Occidente

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria

TPA: Trastorno por Atracón

I. RESUMEN ESTRUCTURADO

Marco Teorico: La pandemia por coronavirus 2019 ha provocado cambios en el estilo de vida en la población mundial, que provocan riesgo de aumento de angustia psicológica, aislamiento social, incertidumbre, distanciamiento social y el bloqueo estricto de las actividades en general. Bajo estas condiciones estresantes es común presentar alteraciones en la salud mental, por lo tanto, es esperado un aumento de prevalencia de los Trastornos de Ansiedad y la búsqueda de recompensas inmediatas. Desde mayo del 2013, el Trastorno por Atracón (TPA) está reconocido por la Asociación Americana de Psiquiatría como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA). el TPA tiene una alta probabilidad de desarrollarse durante la infancia y adolescencia; por tal motivo, su estudio en esta etapa de la vida es fundamental para adoptar medidas efectivas para su prevención y control.

Objetivo general: Describir la prevalencia del trastorno por atracón en pacientes con trastorno de ansiedad de la consulta externa de paidopsiquiatría en un hospital de tercer nivel

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.
2. Identificar comorbilidades en la muestra poblacional de pacientes
3. Describir el estado nutricional de acuerdo al IMC en los participantes pediátricos
4. Identificar las subescalas del instrumento SCARED para padres, que presentaron más afectación
5. Describir la frecuencia del Trastorno por Atracón en pacientes con ansiedad

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio transversal descriptivo.

Universo del estudio: Niños y adolescentes asistentes a la consulta externa del Hospital de Psiquiatría Infantil y del Adolescente del Centro Médico Nacional de Occidente con Trastorno de Ansiedad Clínica reclutados de forma abierta, durante un mes posterior a la aprobación del protocolo.

Muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizarán frecuencias absolutas y porcentajes, así como medias o medianas con desviaciones estándar o rangos. Para la realización del análisis estadístico se utilizará el paquete estadístico SPSS v.22.

Sede del estudio: Consulta externa de Paidopsiquiatría del Centro Médico Nacional de Occidente.

Recursos e infraestructura: Se requiere de material de papelería, cómputo, así como báscula digital que serán cubiertos por los participantes en el desarrollo del proyecto e infraestructura propia de la unidad. No requiere financiamiento extra institucional.

Experiencia del grupo: Los participantes del proyecto de investigación cuentan con amplia experiencia en la asesoría de proyectos, asesorías, publicaciones en revistas científicas.

Tiempo a desarrollarse: Desde el desarrollo del protocolo, recolección de la información y análisis se espera completar en 11 meses

Resultados: La población fue en su mayoría mujeres (6 de cada 10). Edad de 14 años en promedio (DE= 1.5.), escolaridad secundaria en su mayoría (60%). La comorbilidad más frecuente fue la depresión con cerca del 62%. Más de la cuarta parte de la muestra, presentan Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (25.5%). Respecto a las dimensiones más afectadas de la escala SCARED para padres, se identificó que, la subescala de pánico mantiene una puntuación más elevada, seguida de ansiedad generalizada, separación, problemas sociales y en contraste, la subescala escolar reporta el promedio más bajo de puntuación. En cuanto al estado nutricional, se encontró que la mayoría se encuentra entre peso normal y con un discreto porcentaje menor con sobrepeso, aunque cabe destacar que se encuentran en obesidad I la cuarta parte de la muestra, 2% con obesidad tipo II y ninguno de los pacientes presenta obesidad tipo III.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados de este estudio, se puede determinar que, la prevalencia del trastorno por atracón en pacientes con trastorno de ansiedad de la consulta externa de psiquiatría en un hospital de tercer nivel es del 40%, lo cual sugiere una proporción alta, adicionalmente el problema de la alta frecuencia de depresión (60%) y del IMC que entre sobrepeso y obesidad I, podría aumentar los daños a la salud. Por lo anterior, se recomienda un tratamiento integral, multidisciplinario y que en conjunto con la familia, mejore la salud y calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad.

II. MARCO TEORICO

La epidemia por COVID 19 fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia de salud pública internacional el 30 de enero del 2020. El director general de la OMS anunció en marzo del 2020 que la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia.¹ En México, se confirmaron los primeros casos el 28 de febrero del 2020 y para el 12 de Julio, se encontraba entre los países con mayor número de casos confirmados y muertes (299 759 y 35 006, respectivamente).²

La pandemia por coronavirus 2019 ha provocado cambios en el estilo de vida en la población mundial, que provocan riesgo de aumento de angustia psicológica, aislamiento social, incertidumbre, distanciamiento social y el bloqueo estricto de las actividades en general. Bajo estas condiciones estresantes es común presentar alteraciones en la salud mental, por lo tanto, es esperado un aumento de prevalencia de los trastornos de ansiedad y la búsqueda de recompensas inmediatas como el consumo de sustancias psicoactivas y alimentos con alto contenido calórico. Estudios realizados en países europeos, encontraron una relación entre el aumento de síntomas de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria en aquellos países con medidas de confinamiento más estrictas.³

Los Trastornos de Ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Se distinguen de la Ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes con una duración mayor a 6 meses.⁴ Los Trastornos de Ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes a nivel mundial, las fobias específicas son las más comunes con una prevalencia del 10,3 %, siguiendo el trastorno de pánico con prevalencia del 6,0%, fobia social 1,7% y trastorno de ansiedad generalizada 2,2%. Las mujeres son más propensas a desarrollar este trastorno de 1,5 a 2 veces en comparación con los hombres.⁵ En México, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, con una prevalencia de 14.3% a lo largo de la vida, siendo la fobia específica y la fobia social las más comunes.⁶

Anteriormente se pensaba que los problemas de ansiedad en niños eran un problema raro, es por ellos que hay menos conocimiento empírico en comparación con los adultos; sin embargo, en los últimos 15 años han aumentado el número de investigaciones sobre estos

trastornos en población infantil, con especial interés en la prevención de trastornos internalizantes a lo largo de la vida. Los síntomas físicos comunes entre niños ansiosos incluyen: dolores de cabeza, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y tensión muscular. Además, es común que muchos niños ansiosos, especialmente aquellos que se preocupan de manera considerable, tengan problemas con el sueño.⁷

En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período determinado en la población occidental. En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para las fobias específicas, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas.⁸

Es ampliamente conocido que los trastornos psiquiátricos comórbidos más comunes, son otros Trastornos de Ansiedad, seguido de los Trastornos del Estado de Ánimo, especialmente Depresión. Se han realizado estudios que demuestran los mismos factores genéticos para desarrollar un Trastorno de Ansiedad en comorbilidad con Depresión Mayor.⁹ Otros trastornos que comórbidos que le siguen son el Trastorno por uso de Sustancias, Trastorno del Control de los Impulsos y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).¹⁰ Los TCA, en especial el Trastorno Por Atracón también tiene una alta comorbilidad con los Trastornos de Ansiedad. Un estudio de comorbilidad de Trastornos Psiquiátricos demostró la presencia de Trastornos de Ansiedad en un 37,1% de pacientes con Trastorno por Atracón.¹¹ Estos estudios sugieren un efecto genético generalizado que influye en la propensión a presentar síntomas de Ansiedad excesiva, Depresión y Trastorno de alimentación a lo largo del desarrollo del individuo.¹²

Dentro de la población que busca tratamiento, alrededor del 80% a 90% cumple criterios para más de un trastorno mental. La mayoría, hasta un 75%, reúne los criterios para más de un Trastorno de Ansiedad. Otro 10% a 30% cumple, además, criterios para un trastorno del ánimo comórbido. Aproximadamente el 25% de los niños más pequeños con ansiedad también cumple los criterios de un trastorno de conducta comórbido.¹³

La Ansiedad es una comorbilidad común asociada con los trastornos relacionados con la alimentación y el peso. Los Trastornos de Ansiedad que se han estudiado en muestras de Obesidad tienen tasas superiores al 33% para aquellos con TCA. Se ha sugerido que la ansiedad social está más estrechamente asociada con la obesidad y los TCA, en comparación con otros Trastornos de Ansiedad. También se ha propuesto que existe una asociación entre la Ansiedad Social y la frecuencia de Atracónes en personas con obesidad, lo que resulta en un “círculo vicioso” por el cual un aumento en la frecuencia de Atracónes conduce a mayores aumentos de la Ansiedad Social. Esta asociación puede deberse a intentos de regulación afectiva, mayor autoconciencia o preocupaciones cognitivas excesivas sobre la apariencia social, que resulta en estrategias de afrontamiento desadaptativas como los Atracónes.¹⁴

Resultados de otras investigaciones con tomografía por emisión de positrones y resonancia magnética funcional demostraron un aumento relativo en el metabolismo de la glucosa en partes del occipital, lóbulo temporal posterior derecho, circunvolución inferior, cerebelo y circunvolución frontal derecha, y una disminución absoluta de los ganglios basales. Se ha descubierto que la anomalía más constante en los Trastornos de Ansiedad es la hiperactividad de la amígdala.¹⁵

Se desarrolló un instrumento de autoinforme, la escala de trastornos de ansiedad relacionada con emocionales, SCARED por sus siglas en inglés (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), para niños y sus padres para detectar los siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad por separación (TAS), trastorno de pánico, fobia social y fobia escolar. SCARED demostró una buena confiabilidad medida por la consistencia interna y la confiabilidad ($>.70$). Comparable con las correlaciones de padres e hijos para síntomas psiquiátricos reportadas en la literatura, el SCARED mostraron correlaciones padre-hijo moderadas con una correlación de $.33$ ($p = .001$) para la puntuación total de ansiedad. Como era de esperar, se observaron correlaciones más bajas entre padres e hijos con conductas más encubiertas, como se encontró en adolescentes con fobia social ($r = 0,20$, $P = 0,001$), y correlaciones más altas entre padres e hijos en niños con conductas más manifiestas, como en niños.

El SCARED mostró una buena validez discriminante, tanto entre niños con trastornos de ansiedad versus sin ansiedad y entre trastornos de ansiedad individuales. Esta escala es un autoinforme que evalúa la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes de 8 a 18 años. Su primera versión fue creada en 1997 por Birmaher y colaboradores, con la intención de crear un instrumento de cribado que evaluara la amplia gama de síntomas de ansiedad en niños de población general según el DSM-IV, lo que implica que no deriva de un instrumento de adultos. Se determina la validez y confiabilidad, con una buena consistencia interna (α = entre 0.73-0.93) confiabilidad test-retest entre 0.7 a 0.9 y en el análisis factorial exploratorio sale satisfactoriamente con 5 factores (somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social, fobia escolar. Confiabilidad test-retest (coeficientes de correlación intraclase = 0,70 a 0,90), validez discriminativa (tanto entre ansiedad y otros trastornos como dentro de los trastornos de ansiedad) y moderada relación entre padres e hijos. acuerdo ($r = 0,20$ a $0,47$, $p < 0,001$, todas las correlaciones).

Esta versión estaba formada por 38 ítems, agrupados en cinco dimensiones, cuatro correspondientes al DSM-IV: Pánico/somático, Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación, y Fobia Social; y una quinta denominada Fobia Escolar. Posteriormente, al evidenciar la dificultad para discriminar entre fobia social y otros trastornos de ansiedad, se agregaron tres ítems a la escala de fobia social, desarrollando así una versión de 41 ítems. Los escolares deben señalar la frecuencia en la que han sentido distintos síntomas en los últimos tres meses de acuerdo con una escala de de 3 puntos: 0 = “No es cierto o casi nunca es verdad”; 1 = “Es algo cierto o algunas veces es verdad”; y 2 = “Es cierto o muchas veces es verdad”. La puntuación total se deriva de la suma de las respuestas, la cual puede variar de 0 a 82 puntos. Al ser una prueba de papel y lápiz, se requieren alrededor de 15 minutos para su aplicación.¹⁶

Un total de ≥ 25 puntos es indicativo de un trastorno de ansiedad. Un puntaje > 30 es más específico. Un puntaje de 7 para los ítems 1,6,9,12,15,18,19,22,24,27,30,34,38 es probablemente indicativo de un trastorno de pánico o síntomas somáticos significativos. Un puntaje de 9 para los ítems 5,7,14,21,23,28,33,35,37 es probablemente indicativo de trastorno de ansiedad generalizada. Un puntaje de 5 para los ítems 4,8,13,16,20,25,29,31 es probablemente indicativo de un trastorno de ansiedad de separación.

Un puntaje de 8 en los ítems 3,10,26,32,39,40,41 es probablemente indicativo de trastorno de ansiedad social. Un puntaje de 3 para los ítems 2,11,17,36 es probablemente indicativo de ansiedad escolar.¹⁶

En un metaanálisis realizado en el 2011, destacan todas las α encima de 0.7, la mayoría de hecho encima de 0.8; por ejemplo; para ansiedad generalizada es de 0.81, para trastorno de pánico 0.84, ansiedad escolar 0.62, ansiedad de separación 0.77, ansiedad social 0.80, lo que lo hace confiable. En cuanto al análisis factorial confirmatorios, casi todos los estudios muestran una estructura de 3 factores que son para: ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. El artículo concluye en que el metaanálisis sugiere que el SCARED puede usarse como instrumento de detección de ansiedad en niños y adolescentes de varios países.¹⁷

La validez en México la realizó por Peña Olvera en 2004 en población abierta (niños) donde Quintana Sánchez la utilizó como tesis, confirmándose por análisis factorial exploratorio (AFE) los 5 factores; tanto la versión para padres como para niños, y un alfa de Cronbach de 0.90 concluye que SCARED tanto versión padres como niños, traducida al español, puede ser útil para identificar síntomas de ansiedad en población abierta y puede ser un instrumento de selección oportuna para intervenciones tempranas que debe considerarse en políticas de salud mental escolar.¹⁸

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos Alimentarios se caracterizan por una alteración persistente de la alimentación que perjudica la salud o el funcionamiento psicosocial. Los trastornos incluyen Anorexia Nerviosa, Trastorno por Evitación / Restricción de la Ingesta de Alimentos, Trastorno por Atracón, Bulimia Nerviosa, Pica y Trastorno de la Rumia. Los diagnósticos se basan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5), que divide los trastornos alimentarios en categorías mutuamente excluyentes que se basan en los síntomas observados.⁴

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se pueden encontrar en comorbilidad con Obesidad, Síndrome metabólico y Trastornos Afectivos como la Depresión y la Ansiedad.

Además, el miedo y el estrés asociados con la Pandemia COVID-19 puede contribuir al desarrollo de un trastorno mental.^{19, 20}

La alimentación emocional durante momentos de estrés, especialmente en alimentos ricos en carbohidratos, suele servir como desencadenante de atracones en personas con Trastorno Alimentario o en riesgo de tenerla.²¹ Un estudio realizado en mujeres españolas y mexicanas encontró un mayor IMC de las mujeres mexicanas y mayor presencia de sintomatología de TCA, debido a que en otros estudios se ha encontrado que un IMC alto incrementa la relación entre interiorización del modelo de delgadez y la insatisfacción corporal y que existe una tendencia a presentar más indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el IMC.²²

Trastorno por Atracón

El Trastorno por Atracón fue descrito por primera vez en 1951, Hamburger identificó en una muestra de Obesos un tipo de hiperfagia que se caracterizaba por deseos compulsivos por la comida. Sin embargo, es hasta 1959 que A.J. Stunkard quien emplea el término atracón “binge”, para establecer por primera vez la vinculación entre la obesidad y lo que posteriormente sería el TPA.²³

En 1994 con la aparición de la cuarta edición del manual (DSM-IV), surgen importantes cambios en el área de los entonces llamados trastornos de la conducta alimentaria, se dividen en dos grandes grupos, los considerados de la infancia y los de inicio en la adolescencia, estos últimos se agrupan en específicos que incluyen a la Anorexia, Bulimia Nerviosa y los No Específicos, que incluyen a los cuadros subclínicos, y al Trastorno por Atracón, con una serie de criterios diagnósticos para su investigación, en su versión revisada -DSM-IV-TR, no habrá cambios en esta estructura. Y es en el 2013 con el DSM-5, donde volvemos a encontrar cambios para el Trastorno por Atracón, en la frecuencia del atracón y el lapso de presencia de dicha conducta.²⁴

Actualmente el Trastorno por Atracón se define como una ingesta de cantidad de comida en un periodo de tiempo discreto que es mayor de lo que comerían otras personas en un periodo de tiempo similar y en circunstancias similares. Estos episodios ocurren, al menos una vez por semana durante 3 meses y se asocian con una falta de control y con la angustia por comer.

El diagnóstico se realiza de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la Bulimia Nerviosa o la Anorexia Nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el Trastorno de Atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el Trastorno por Atracón, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones.
- La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.⁴

Entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el Trastorno por Atracón es más frecuente que Anorexia y Bulimia Nerviosa, y se asocia con numerosos Trastornos Psiquiátricos y no Psiquiátricos.²⁵ El Trastorno por Atracón se formuló por primera vez como un diagnóstico distinto a otros trastornos de la conducta alimentaria en la década de 1990.²⁶

Se han realizado estudios en América Latina, Estados Unidos y Europa que resulta en 1,9 % de prevalencia de por vida y de 0,8 % de prevalencia a 12 meses, es más frecuente en mujeres que hombres y la edad media de aparición del trastorno por atracón es de aproximadamente 23 años.²⁷ En México se ha reportado una prevalencia de 2.54 %, siendo 2.99% para mujeres y 1.72% para los hombres.²⁸

Las situaciones de estrés se asocian con respuestas conductuales, que incluyen estrategias de afrontamiento conflictivas, como comer en exceso y de manera más rápida. Además, el estado de aburrimiento secundario al bloqueo de actividades de rutina suele llevar a la persona a comer más que en un estado controlado. Estudios realizados sobre la prevalencia de Trastorno por Atracón asociado a estresores por COVID 19, encontró mayor aburrimiento en los participantes (49,2% de los participantes de la población,) y mayor ansiedad (48,5%) como desencadenantes para desarrollar y/o empeorar el Trastorno por Atracón.²⁹

El estigma que existe del sobrepeso y obesidad se incrementó durante este periodo debido a la asociación de mayor complicaciones y mortalidad en aquellos pacientes que sufren sobrepeso y obesidad, aumenta el estrés y ansiedad en esta población y como consecuencia una relación desorganizada con la ingesta de alimentos.³⁰

En los humanos, la conducta alimentaria está influida por factores socioculturales, económicos, geográficos y psicológicos, como lo que se piensa acerca del alimento o la forma en que se percibe un alimento.³¹

El cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (Questionnaire on Eating and Weight Patterns Revised, QEWP-R), es una escala que fue desarrollada por Spitzer y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracón, con episodios recurrentes, sentimientos de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias típicas de Bulimia Nerviosa de acuerdo con el DSM IV. Se

compone de 13 reactivos que indagan acerca de la cantidad de comida consumida en el atracón, la duración de este y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso.³²

En un estudio se utilizaron dos versiones del QEWP, una versión para adolescentes y otra para padres. En la versión para adolescentes, se conservaron elementos del QEWP original y se sustituyeron las palabras más difíciles por sinónimos más simples. Además, se combinaron dos elementos del QEWP original (Preguntas 9 y 10) para formar una pregunta única de dos partes. Por lo tanto, el QEWP para adolescentes (QEWP-A) conserva las preguntas originales y solo tiene 12 preguntas frente a las 13 del original. La versión para padres del QEWP (QEWP-P) utilizó las mismas preguntas que el QEWP para adolescentes, pero las preguntas fueron referenciadas para sus hijos.³³

En una revisión sistemática del 2022, se encontraron cuatro estudios (Borges et al., 2005; De Zwaan et al., 1993; Dymek-Valentine et al., 2004; Hartmann et al., 2014) que validaron el QEWP frente a la entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM (First & Gibbon, 2004), y uno contra una entrevista de diagnóstico para la alimentación del DSM-5 y los TCA (Hartmann et al., 2014) para identificar conductas de TPA y/o atracones. Hartman et al. (2014) también validaron el QEWP-R para identificar BN según los criterios del DSM-IV y DSM-5, y BN subumbral, TPA subumbral y trastorno purgativo según los diagnósticos del DSM-5. El estudio más grande, de Calugi et al. (2020), encontraron que el QEWP tenía una mayor especificidad ($sp = 0,93$) al identificar TPA que cuando se usaba para identificar conductas de atracones objetivas y subjetivas. Por el contrario, el QEWP tuvo una mayor sensibilidad ($se = 0,63$) al identificar conductas de atracones objetivas y subjetivas en comparación con la identificación de TPA (Calugi et al., 2020). Los dos estudios de mayor calidad (Borges et al., 2005; De Zwaan et al., 1993) encontraron que el QEWP tenía una especificidad $>0,8$ y una sensibilidad $>0,5$ para identificar el TPA. En los estudios restantes, la sensibilidad ($se = 0,21-0,73$) y la especificidad ($sp = 0,8-1,00$) variaron según la calidad del estudio y el resultado.³⁴

El QEWP-R fue traducido, adaptado y validado en México por López, Mancilla, Vázquez, Alvarez y Franco (2011) en una muestra de 448 mujeres que asistían a centros de

ejercicio aeróbico-reductivo, a instituciones educativas, o a solicitar evaluación por un posible TCA. El cuestionario clasificó correctamente a 83.3% de la muestra con TCA (n = 39) y a 72.5% de la muestra sin TCA. El resultado del QEWP-R correlacionó positivamente (Kappa = .60) con la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, por sus siglas en inglés; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin & MurphyEberenz, 1998). Asimismo, se encontró que algunas preguntas del QEWP-R se asociaron con las puntuaciones en los tres factores del BULIT derivados para México. Estos hallazgos indican que el QEWP-R presenta adecuada validez de criterio y es recomendable como instrumento de tamizaje de TPA y BN.³⁵

En un trabajo de tesis realizado en 2022, se encontró un índice de correlación intraclase (0.83) entre la primera y segunda aplicación, mostrando que el QEWP tiene una adecuada estabilidad en un periodo de un mes. Posteriormente se calculó el Alpha de Cronbach, donde se obtuvo un valor de 0.84, lo que indica que el QEWP-R cuenta con un buen grado de consistencia interna. La sensibilidad y especificidad (0.70 y 0.39, respectivamente) del QEWP-R indican que se trata de un instrumento útil para la identificación de conductas asociadas a Trastorno por Atracción.³⁶

ANTECEDENTES

Diversas investigaciones sugieren que las preferencias alimentarias son adquiridas durante la infancia y éstas determinan el patrón de alimentación en la etapa adulta.

Se ha clasificado los factores que afectan el desarrollo de las preferencias alimentarias durante la gestación y crecimiento en los siguientes apartados: a) Efectos prenatales: La evidencia experimental demuestra que la alimentación materna durante la gestación es un factor que determina la preferencia alimentaria en el periodo inmediato al nacimiento. b) Efectos durante la alimentación. Probablemente el elemento ambiental que tiene uno de los mayores efectos durante la alimentación es el sabor de los alimentos. c) Efectos relacionados con el acto de alimentarse (señales olfatorias en el área alimentaria, transmisión de preferencias alimentarias y transmisión de aversiones alimentarias).³⁷

El sobrepeso y obesidad en México siguen siendo muy prevalentes en todos los grupos de edad y en todo el país, uno de cada tres niños en edad escolar y el 35% de los adolescentes, presentan estas condiciones; sin embargo, existen pocos estudios de comorbilidad en población pediátrica con estas condiciones. Las conductas de riesgo alimentarias, incluyendo el Trastorno por Atracón, se han evaluado desde el ENSANUT 2006, con un cuestionario breve basado en los criterios del DSM IV.³⁸ Un estudio realizado en pacientes con obesidad encontró que la mayoría tiene alta puntuación en psicopatología; el 80.9% tenía sintomatología depresiva importante, el 56.3% tenía niveles graves de ansiedad y el 24.4% cumplía con criterios de Trastornos por Atracón.³⁹

Se realizó un estudio en tres países de habla hispana (México, España y Argentina) para evaluar la conducta alimentaria encontrando a las mujeres mexicanas con un mayor número de predictores de la conducta alimentaria compulsiva. La Conducta del Comer por Compensación Psicológica (CCP) es el factor predictor más importante del atracón para los tres grupos culturales. Estos resultados confirman las distintas investigaciones en las que se ha detectado que el estado de ánimo está estrechamente relacionado con la ingesta de alimentos y principalmente con el atracón.⁴⁰

En México en los últimos años se han modificado sustancialmente los hábitos alimenticios y estos cambios se han relacionado con la industrialización. Entre estas modificaciones se encuentran el aumento en el consumo de productos como harina refinada, tortillas y azúcares refinados, además de grasas saturadas y alimentos bajos en fibra. El estrés de la ciudad y acceso fácil a comida rápida pudiera ser un factor desencadenante del trastorno por atracón. Existe un estudio comparativo de la alimentación en la población de la zona urbana y rural en el estado de Jalisco. Los adultos de la zona rural mostraron un consumo mayor de cereales y vitamina C. Los adultos de zona urbana presentaron una mayor ingesta en grasas.⁴¹

Los individuos con Trastorno por Atracón tienen menor sensibilidad a la recompensa, mayores sesgos cognitivos de atención hacia la comida y una activación cerebral alterada en regiones asociadas con la impulsividad y la compulsividad que los individuos sin TPA. Existen estudios que evidencian la desregulación en los sistemas de dopamina, que median las conductas de alimentación y búsqueda de recompensa. Por lo tanto, se ha teorizado que el TPA es el resultado de una alteración de la señalización entre la vía de salida estriatonigral directa (receptores D1, vinculados con la recompensa) y las vías estriatonigrales indirectas (receptores D2 vinculados a la flexibilidad conductual).^{42, 43, 44}

El acto de masticar los alimentos, al suponer un gasto de energía, y al implicar una forma de desgarrar y triturar, se transforma en una vía para reducir la ansiedad, de forma rápida y pasajera. Si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso, en donde la ansiedad se reduce comiendo y, por ende, engordando. Y dado que este aumento de peso constituye una preocupación, nuevamente aparece la ansiedad y se come como mecanismo compensador.⁴⁵

Resultados de investigaciones en población con obesidad han encontrado mayor frecuencia de mutación para el gen AGRP asociado a una mayor frecuencia de episodios de atracón. Este gen codifica para un neuropéptido orexigénico que también es antagonista del sistema de melanocortinas, el cual representa el sistema anorexigénico más importante en la regulación neuroendocrina del apetito.

Un estudio realizado en pacientes posterior a cirugía bariátrica demostró que la secreción de la proteína AGRP se incrementó después de una banda gástrica y, aquellos pacientes con niveles elevados de esta proteína mejoraron su pérdida de peso, además algunas condiciones metabólicas generales.⁴⁶

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud física y mental de amplios sectores de la población. Se ha demostrado aumento de la ansiedad, depresión, abuso de sustancias y alteraciones de la conducta alimentaria posterior a la pandemia.

Los neurotransmisores principales asociados a la ansiedad son la adrenalina, serotonina y el ácido γ -aminobutírico (GABA). Las proyecciones noradrenérgicas procedentes del locus cerúleo y las serotoninérgicas del rafe medio son parte del sistema de recompensa. La severidad de los síntomas de ansiedad se traduce en un aumento de búsqueda de respuestas placenteras, reforzadores positivos, como la ingesta de alimentos, especialmente de alimentos apetitosos con alto contenido calórico.

La obesidad en México es un problema grave de salud pública, uno de cada 3 niños y el 35% de adolescentes presentan estas condiciones. Los pacientes con obesidad tienen alto riesgo de presentar psicopatología, principalmente Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad y Trastornos por Atracón. Existen pocos estudios en México que identifiquen la prevalencia de trastorno por atracón en personas con ansiedad, por ser un diagnóstico reconocido en la década de 1990 y, apenas incluido en el DSM 5 como un trastorno independiente de otros trastornos de conducta alimentaria, se encuentra infradiagnosticado con una prevalencia baja en un país con un alto porcentaje de obesidad.

A la fecha, no se han realizado estudios que evalúen la prevalencia del Trastorno por Atracón en niños y adolescentes con Ansiedad de la consulta externa de Paidopsiquiatría, CMNO, por lo que se justifica un estudio para dilucidar si existe una mayor prevalencia en esta población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del Trastorno por Atracón en pacientes con Trastorno de Ansiedad de la consulta externa de paidopsiquiatría en un hospital de tercer nivel?

IV. JUSTIFICACIÓN

Magnitud. Estudios de metaanálisis recientes reportan una prevalencia sustancial de los Trastornos de Ansiedad en general (3.8–25%), y particularmente en mujeres (5.2–8.7%) a nivel mundial. La encuesta de Salud Mental en población mexicana reporta una prevalencia del 14 %, siendo el trastorno mental más frecuente; sin embargo, son los pacientes que menos acuden a consulta por esta causa. En México se ha reportado una prevalencia de Trastorno por Atracción del 2.54 %, siendo 2.99% para mujeres y 1.72% para los hombres.

Trascendencia: El cierre de escuelas por el confinamiento desencadenó cambios en las actividades de rutina, falta de socialización, aburrimiento, frustración y deterioro socioeconómico, lo que contribuyó al estrés en padres e hijos y generó riesgos en el bienestar de los niños y adolescentes. México es un país con alta prevalencia de obesidad en su población, y ocupa el primer lugar de obesidad infanto-juvenil y el segundo en obesidad en adultos. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) refieren que 1 de cada 3 adolescentes de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso u obesidad, lo que representa un 35 % de la población joven del país.

Vulnerabilidad: Actualmente ya se han investigado Trastornos por Atracción en otros países a través de estudios transversales en línea; sin embargo, aún no existen estudios en nuestro país que haya evaluado la presencia de trastorno por atracción y los trastornos de ansiedad en población infantil y adolescentes derechohabientes del IMSS.

La escala de SCARED ha sido aprobada para diagnóstico de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes de 8 a 18 años, con excelente consistencia interna y buena estabilidad. El cuestionario de patrones de alimentación y peso es una prueba de tamizaje que se utiliza para identificar de manera precisa a individuos con probabilidad baja y alta para trastorno por atracción.

Factibilidad: Este estudio es viable porque el financiamiento será aportado por los autores.

La Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente servicio de Salud Mental cuenta con una población activa de personal clínico suficiente para la muestra del presente estudio. En el año 2022 se atendieron un total

de 6664 pacientes de la consulta externa de psiquiatría infantil, con lo cual el reclutamiento no resulta un obstáculo para el desarrollo del protocolo.

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Determinar la prevalencia del Trastorno por Atracón en pacientes con Trastorno de Ansiedad de la consulta externa de psiquiatría en un hospital de tercer nivel

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.
2. Identificar comorbilidades en la muestra poblacional de pacientes
3. Describir el estado nutricional de acuerdo al IMC en los participantes pediátricos
4. Identificar las subescalas del instrumento SCARED para padres, que presentaron más afectación
5. Describir la frecuencia del Trastorno por Atracón en pacientes con Trastorno de Ansiedad

HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo, no tiene hipótesis.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio prospectivo transversal y descriptivo

Lugar o sitio del estudio

Consulta externa de Paidopsiquiatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Criterios de selección de la muestra

a) Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de un Trastorno de Ansiedad
- Pacientes que acuden a la consulta externa de Paidopsiquiatría
- Sexo masculino o femenino
- Edad 8 a 17 años
- Que padre o tutor acepten participar voluntariamente en el llenado de los cuestionarios y que firmen la carta de consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que cursen con psicosis aguda al momento de la entrevista
- Pacientes con discapacidad intelectual moderada a severa que dificulte el entendimiento del cuestionario.
- Pacientes que presenten agitación psicomotriz que represente un riesgo para sí mismos o para terceros.
- Pacientes que ya se encuentren en manejo farmacológico que altere la conducta alimentaria
- Llenado incompleto de los cuestionarios.
- Pacientes que hayan perdido la calidad de derechohabiente
- Pacientes que por edad sean dados de baja del servicio

Definición de las variables

Variables de estudio

Ansiedad

- Definición conceptual: La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y físicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.
- Definición operacional: Puntaje obtenido en la escala SCARED
- Unidad de medida: Un total de ≥ 25 puntos es indicativo de un trastorno de ansiedad. Un puntaje > 30 es más específico.
- Escala de medición: Cualitativa nominal

Trastorno de Atracón

- Definición conceptual: El Trastorno por Atracón se define como una ingesta de cantidad de comida en un periodo de tiempo discreto que es mayor de lo que comerían otras personas en un periodo de tiempo similar y en circunstancias similares. Estos episodios ocurren, al menos una vez por semana durante 3 meses y se asocian con una falta de control y con la angustia por comer.
- Definición operacional: Criterios diagnósticos del DSM 5. El cuestionario de patrones de peso y alimentación (QWEP-R) con respuestas afirmativas a las preguntas 1,2,3,4 y 5 ó 6 es indicador de sintomatología de TPA.
- Unidad de medida: Criterios diagnóstico de Trastorno por Atracón con respuesta dicotómica Sí y No.
- Escala de medición: Cualitativa nominal

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Género
 - Definición conceptual: Características fenotípicas y genotípicas al momento del nacimiento.
 - Definición operacional: Identificación que realiza el sujeto de su sexo como masculino o femenino.
 - Unidad de medida: Femenino/Masculino.
 - Escala de medición: Cualitativa nominal.
- Edad
 - Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento.
 - Definición operacional: Número de años cumplidos al momento de realizar el estudio.
 - Unidad de medida: Años.
 - Escala de medición: Cuantitativa de razón.
- Escolaridad
 - Definición conceptual: Grado de instrucción aprobado por una persona
 - Definición operacional: Último nivel académico aprobado por el paciente.
 - Unidad de medida: Primaria, Secundaria, Preparatoria
 - Escala de medición: Cualitativa ordinal

VARIABLES CLÍNICAS

- Comorbilidad Psiquiátrica
 - Definición conceptual: ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.
 - Definición operacional: Ocurrencia simultanea de dos o más enfermedades psiquiátricas
 - Unidad de medida: Trastornos de déficit de atención e hiperactividad, Trastornos depresivos, Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

- Escala de medición: Cualitativa ordinal politómica

- Índice de Masa Corporal (IMC)
 - Definición conceptual: Índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad de acuerdo con los criterios de la OMS.
 - Definición operacional: peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros
 - Unidad de medida: Intervalo normal (18.5-24.9), Sobrepeso (25-29.9), Obesidad clase I (30-34.5), Obesidad clase II (35-39.9), Obesidad clase III (>40)
 - Escala de medición: Cualitativa ordinal

Variables de estudio

| Variable | Definición operacional | Unidad de medida | Escala de medición |
|-----------------|--|--|---------------------------|
| Ansiedad | Puntaje obtenido en la escala SCARED | Un total de ≥ 25 puntos es indicativo de un trastorno de ansiedad. Un puntaje > 30 es más específico. | Cualitativa nominal |
| | Subescala de pánico o síntomas somáticos. 13 ítems | Ítems del SCARED específicos para el trastorno: 1,6,9,12,15,18,22,24,27,30,34 y 38 | Cuantitativa continua |
| | Subescala de Ansiedad Generalizada. 9 ítems | Ítems del SCARED específicos para el trastorno: 5,7,14,21,23,28,33,35 y 37. | Cuantitativa continua |
| | Subescala de Fobia Social. 7 ítems. | Ítems del SCARED específicos para el trastorno: 3,10,26,32,39,40 y 41 | Cuantitativa continua |
| | Subescala de Fobia escolar. 4 ítems. | Ítems del SCARED específicos para el trastorno: 2,11,17 y 36. | Cuantitativa continua |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--------------------------------|
| | Subescala de ansiedad de separación | Un puntaje de 5 para los ítems 4,8,13,16,20,25,29,31 | Cuantitativa continua |
| Trastorno por atracón | Cumple con criterios diagnósticos de Trastorno por Atracón del DSM 5. El cuestionario de patrones de peso y alimentación (QWEP-R) con preguntas dicotómicas | Sí / No Respuestas afirmativas a las preguntas 1,2,3,4 y 5 ó 6 es indicador de sintomatología de TPA. | Cualitativa nominal |
| Género | Identificación que realiza el sujeto de su sexo como masculino o femenino. | Femenino / Masculino. | Cualitativa nominal. |
| Edad | Número de años cumplidos al momento de realizar el estudio. | Años. | Cuantitativa de razón. |
| Escolaridad | Grado de instrucción aprobado por una persona | Primaria Secundaria Preparatoria | Cualitativa ordinal |
| Comorbilidad | Ocurrencia simultanea de dos o más enfermedades psiquiátricas | TDAH Trastornos depresivos Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas | Cualitativa nominal politómica |

| | | | |
|------------|---|--|---------------------|
| IMC | Peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros | Intervalo normal (18.5-24.9) Sobrepeso (25-29.9) Obesidad clase I (30-34.5) Obesidad clase II (35-39.9) Obesidad clase III (>40) | Cualitativa ordinal |
|------------|---|--|---------------------|

Tamaño de la muestra

Considerando los diagnósticos de Trastornos por Ansiedad que se registraron en la base de datos del hospital durante el 2022 con un promedio de 40 pacientes con ansiedad por mes, el tamaño de la muestra fue de 47 pacientes como mínimo considerado un mes posterior a la aceptación del protocolo.

Tipo de muestra y sistema de muestreo

Se trata de un muestreo no probabilístico, por casos consecutivos.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, así como medias o medianas con desviaciones estándar o rangos. Para la realización del análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS v.22.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aceptación por el Comité de Ética en Investigación en Salud y hasta ser aceptado se inició con su realización.

Se salvaguardará y protegerá los derechos y el bienestar de cada uno de los participantes respetando las normas nacionales e internacionales como lo son: el reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma en 2014; las pautas éticas internacionales para la investigación relacionadas con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las buenas prácticas clínicas.

Con base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud 2014, este estudio salvaguardará teniendo prioridad en el respeto a la dignidad en los artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 34, 35, 36 y 39; y de las pautas éticas internacionales para la investigación en salud en seres humanos para fines de esta investigación, consideramos lo estipulado en las pautas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14 y 17.

El Trastorno por atracón, por ser un diagnóstico reconocido en la década de 1990 y, apenas incluido en el DSM 5 como un trastorno independiente de otros trastornos de conducta alimentaria, se encuentra infradiagnosticado con una prevalencia baja en un país con un alto porcentaje de obesidad, especialmente en población infantil.

La participación de los niños y adolescentes, así como de sus padres y/o tutores fue voluntaria. Como requisito indispensable para la participación en el estudio, el representante legal autorizó mediante la firma de un consentimiento informado por escrito (o su huella digital, en caso de no saber firmar), con previa explicación de los procedimientos, el objetivo,

la justificación y los riesgos, teniendo la libertad de decidir retirarse en cualquier momento de dicho procedimiento sin afectar su atención médica. Se solicitaron tres copias de consentimiento informado, una para el expediente, una para el investigador y una para el paciente. Esto fue realizado por parte del investigador presentador de tesis (médica residente de segundo año de psiquiatría infantil y de la adolescencia) acompañada por el médico asesor (médico psiquiatra infantil y de la adolescencia), quienes cuentan con la experiencia y conocimiento para cuidar la integridad de los participantes.

Se explicó de manera clara y completa de la investigación y sobre el llenado de la Escala de Ansiedad para Niños (SCAReD) en su forma para padres instrumento para detectar ansiedad y el Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (QEW- R) para patrones y conductas alimentarias, la toma de peso y talla para calcular Índice de Masa Corporal (IMC) que pueda ayudar en una detección oportuna y poder iniciar un tratamiento en caso de ser requerirlo. Esta información fue brindada de manera que el padre o tutor, y derechohabiente lo comprenda en los aspectos estipulados; la justificación y los objetivos de esta investigación, los procedimientos que se usarán y su propósito, las molestias y los riesgos esperados, los beneficios que pudieran observarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con esta investigación, el compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio.

Por otro lado, los cuestionarios que se aplicaron en este estudio son anónimos para que los participantes fueran libres de responder sin presión alguna.

Los representantes legales de los pacientes que aceptaron participar en el estudio fueron informados acerca de la confidencialidad de la información, de tal manera que ninguna

persona podrá ser identificada de manera individual y los informes se presentarán con análisis en grupo, únicamente. La información recabada durante esta investigación será resguardada bajo estrictas medidas de seguridad: permanecerá resguardada en un casillero cuya llave únicamente tendrá acceso el investigador responsable, y de forma digital en medios de almacenamiento (nube) durante 5 años, posterior a lo cual serán eliminados mediante una trituradora de papel (información física) y por los medios de eliminación de la aplicación digital correspondiente.

Los recursos financieros y humanos fueron cubiertos de manera total por los investigadores, ninguno de los participantes recibió remuneración económica por la participación en esta investigación.

El estudio se considera una investigación con riesgo mínimo con base al artículo 17. Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, ya que en solo consta de la aplicación del cuestionario sobre la Salud Mental del paciente al constar de la aplicación de un cuestionario para detectar síntomas emocionales o psicológicos; así como la toma de peso y talla para calcular IMC. Así mismo el beneficio obtenido por participar en el mismo es de tipo indirecto, en caso de detectar sujetos que sugiera la presencia de psicopatología, se le dará seguimiento y atención clínica.

VIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El protocolo de investigación “Prevalencia del Trastorno por Atracón en pacientes con Trastorno de Ansiedad de la consulta externa de paidopsiquiatría en un hospital de tercer nivel” se realizó de acuerdo con los lineamientos que indica la institución. Una vez terminado y aprobado por el grupo de investigación, se registró en la plataforma de SIRELCIS para su siguiente evaluación, posteriormente se sometió a dictamen del Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación dentro de la institución para su aprobación.

Ya aprobado el protocolo, se procedió a la selección de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a recibir atención a consulta externa o servicio de urgencias de Paidopsiquiatría, CMNO, durante un mes.

Ya seleccionado el paciente fue invitado a participar en el presente estudio y se le explicó de forma personal en qué consiste el estudio y cuáles son sus objetivos.

Aquellos padres o tutores de los pacientes, que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio firmaron dos cartas de consentimiento informado, una para adulto y otra para menores de edad, y posteriormente se aplicó la escala SCARED versión para padres, la cual consiste en 41 ítems para evaluar la presencia de un trastorno de ansiedad y el cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada, la cual se compone de 13 reactivos con preguntas dicotómicas que indagan sobre la presencia del Trastorno por Atracón.

Se aplicó una cédula de información general que incluyen el género, edad, escolaridad y comorbilidades psiquiátricas para evaluar la relación de la conducta alimentaria con otros factores que pudieran estar asociados. Se eliminaron aquellas encuestas que no firmaron la

carta de consentimiento informado, o aquellos participantes que decidieron no completar el interrogatorio.

Una vez terminada la recolección de datos y el periodo de aplicación de escalas se interpretaron y se le brindó los resultados al paciente, de manera confidencial.

Por último, se estructuró una base de datos por el investigador tesista con asesoría y vigilancia del investigador responsable para realizar el análisis estadístico descriptivo.

Se redactó el informe científico con la conclusión y resultados para, finalmente realizar la presentación final y publicación.

IX. RESULTADOS

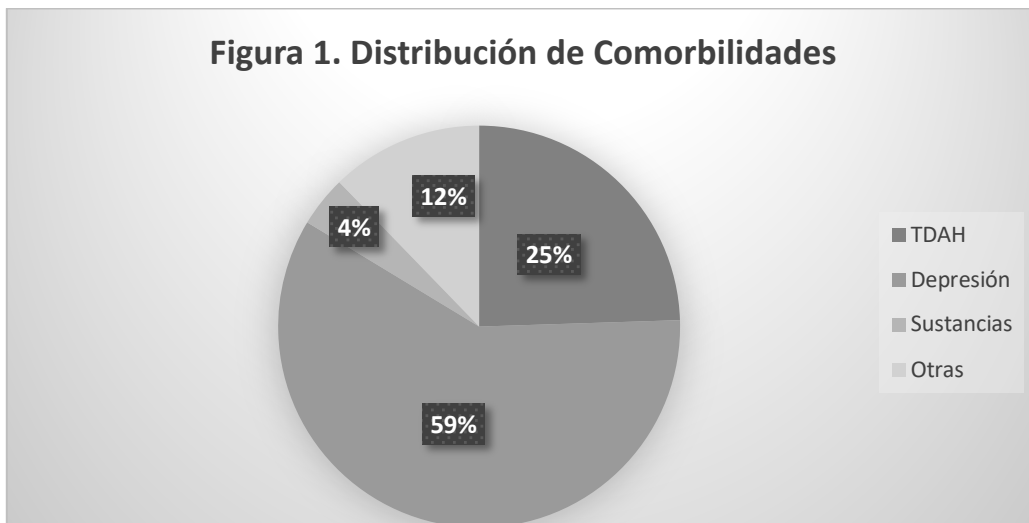
Se incluyeron un total de 47 pacientes, 28 mujeres y 19 hombres. La edad promedio fue 14.34 ± 1.5 años. La mayoría se encontraba cursando la secundaria 28, 17 preparatoria y 2 primaria (tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

| Variable | Media | DE |
|--------------|------------|------|
| Edad | 14.34 | 1.50 |
| Género | Frecuencia | % |
| Masculino | 19 | 40.4 |
| Femenino | 28 | 59.6 |
| Escolaridad | Frecuencia | % |
| Primaria | 2 | 4.3 |
| Secundaria | 28 | 59.6 |
| Preparatoria | 17 | 36.2 |

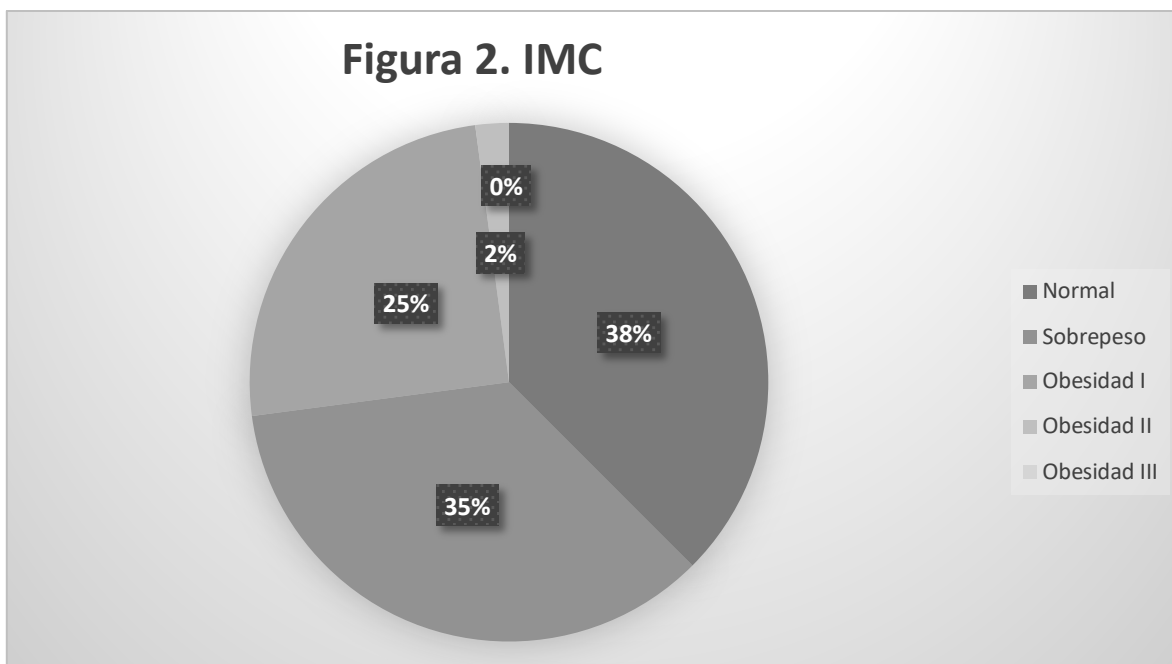
Fuente: elaboración propia. N=47

La comorbilidad más frecuente fue la depresión en 61.7% (n=29), seguida por el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el 25.5% (n=12) (Figura 1).



Fuente: elaboración propia. N=47

La mayoría de los pacientes se encontraban en un peso normal en el momento del estudio 38.3% (n=18) de acuerdo con la clasificación de la OMS. (Figura 2)



Fuente: elaboración propia. N=47

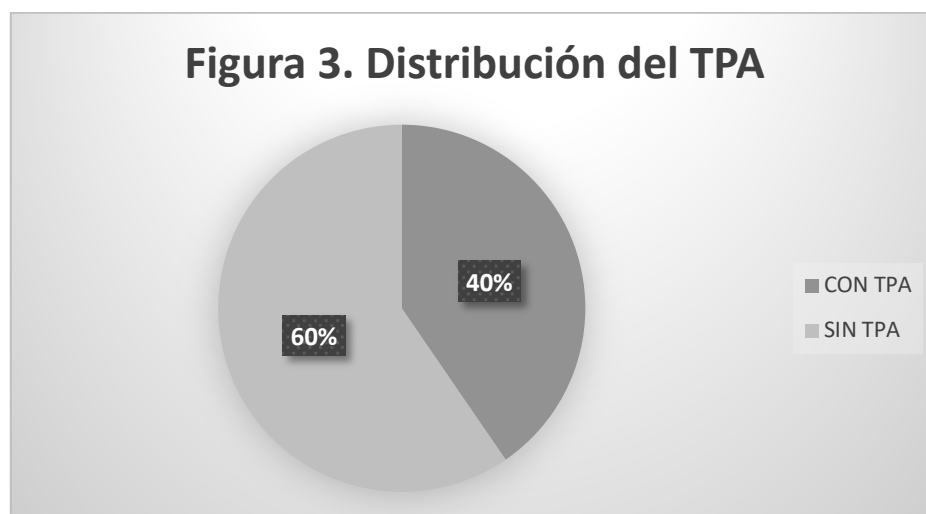
Como se puede observar en la tabla 2, los resultados de la escala SCARED para padres, reporta una puntuación promedio más alta en la subescala de pánico, en contraste, la subescala escolar reporta el promedio más bajo (tabla 2).

Tabla 2. Subescalas de SCARED para padres

| Subescalas | Mínimo | Maximo | Media | DE |
|--------------|--------|--------|-------|------|
| Panico | 8 | 26 | 17.02 | 5.20 |
| Generalizada | 5 | 18 | 12.26 | 3.13 |
| Separación | 0 | 16 | 7.64 | 3.52 |
| Social | 2 | 14 | 6.45 | 2.97 |
| Escolar | 0 | 8 | 2.17 | 2.32 |

Fuente: elaboración propia. N=47. DE= Desviación estándar.

En cuanto al trastorno por atracón, encontramos que, de la muestra estudiada, 19 pacientes pediátricos (40.4 %) presentaron diagnóstico de este trastorno, de acuerdo con los resultados del cuestionario QEWP-R (Figura 3).



Fuente: elaboración propia. N=47

X. DISCUSIÓN

El Trastorno por Atracón es un diagnóstico de Trastornos Alimentarios recientemente establecida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5), por lo que existen pocos estudios relacionados con este diagnóstico, y de estos, la mayoría se han realizado con muestras pequeñas de población.⁴⁵ En un metaanálisis realizado en población pediátrica, se identificaron 36 estudios con una prevalencia general de atracones se estimó en 26.3% (IC 95: 32.1-29.7%) con un 22,2 % (IC del 95 %: 18,6-26,3 %) y un 31,2 % (IC del 95 %: 26,1-36,9 %) para los atracones y la pérdida de control en la alimentación, respectivamente. Los hallazgos de este metaanálisis indicaron que los atracones y la pérdida de control en la alimentación eran prevalentes entre más de una cuarta parte de los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad.⁴⁶ Aunque el trastorno por atracón y la obesidad frecuentemente coexisten, es importante mencionar otros mecanismos neurobiológicos, por ejemplo; la reactividad emocional, reactividad de señales alimentarias, ansiedad por comer y control cognitivo; estos mecanismos permiten diferenciar el trastorno por atracón de otras condiciones médicas y psiquiátricas, así como evaluar la relación y coexistencia de comorbilidades. Los estudios de neuroimagen apuntan hacia alteraciones neuronales en la respuesta de recompensa y sugieren vínculos preliminares entre la actividad neuronal relacionada con el control cognitivo deteriorado y los atracones.⁴⁷

Algunos pacientes presentaron más de una comorbilidad psiquiátrica al momento del estudio, entre éstas, las más frecuentes fueron los trastornos depresivos y el TDAH. Un estudio realizado en Suecia muestra un diagnóstico considerable con otros Trastornos Alimentarios (RR 85,8; IC 95%: 61.6-119,4); Trastorno Depresivo Mayor hasta 7 veces

más (RR 7,6; IC 95%:6,2-9,3), Trastorno Bipolar (7,5; IC 95%: 4,8-11,9); Trastornos de Ansiedad (RR 5,2; IC 95%:4,2-6,4).⁴⁸

En una revisión sistemática, se compara la prevalencia del Trastorno por Atracón con otras condiciones médicas, se encontraron resultados que presentan una mayor frecuencia en individuos obesos, pero no se limita a ellos. La queja principal de las personas con Trastorno por Atracón es el aumento de peso. La prevalencia de este Trastorno aumenta con el aumento de peso corporal, siendo la obesidad la comorbilidad frecuente.⁴⁹

Los Trastornos Alimentarios están integrados dentro de una amplia variedad de conductas que dependen de factores psicosociales, biológicos y ambientales. La grelina y la leptina son hormonas clave que regulan el apetito, la ingesta de alimentos y el metabolismo energético. La investigación en genética sugiere que las variantes genéticas de ambas hormonas están asociadas con formas complejas de conducta alimentaria, como la preferencia por alimentos apetitosos, lo que hace que los individuos sean susceptibles al entorno obesogénico moderno.⁵⁰ La grelina es un péptido de 28 aminoácidos producido principalmente en el estómago, pero también en el hipotálamo, con un efecto estimulante sobre el apetito y la secreción de la hormona del crecimiento (GH) a nivel del hipotálamo.

La grelina funciona estimulando la síntesis del neuropéptido Y (NPY) y la proteína relacionada con Agouti (AgRP) por las neuronas del núcleo arqueado, que a su vez estimulan la producción de orexinas en el área hipotalámica lateral, lo que aumenta el apetito y la ingesta de alimentos a través del Nervio vago.⁵¹

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue el número de participantes, así como el uso de escalas de medición, el cuestionario QEWP-R fue

aprobado para población mexicana; sin embargo, no ha sido evaluado su uso en niños y adolescentes, aunque existe una versión para adolescentes (QEWP-A) no ha sido aprobada para su uso en hispanohablantes.⁵²

XI. CONCLUSIONES

Según los resultado, se puede concluir lo siguiente:

1. La población se caracterizó por ser en su mayoría mujeres (6 de cada 10). Edad de 14 años en promedio (DE= 1.5.), escolaridad secundaria en su mayoría (60%)
2. La comorbilidad más frecuente fue la depresión con cerca del 62%. Más de la cuarta parte de la muestra, presentan Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (25.5%).
3. En cuanto al estado nutricional, se registra que la mayoría se encuentra entre peso normal y con un discreto porcentaje menor con sobrepeso, aunque cabe destacar que se encuentran en obesidad I, la cuarta parte de la muestra, 2% con obesidad tipo II y ninguno de los pacientes presenta obesidad tipo III.
4. Respecto a las dimensiones más afectadas de la escala SCARED para padres, se identificó que, la subescala de pánico mantiene una puntuación más elevada, seguida de ansiedad generalizada, separación, problemas sociales y en contraste, la subescala escolar reporta el promedio más bajo de puntuación.
5. Finalmente, se encontró que 4 de cada 10 pacientes presentaron Trastorno por atracón. Por lo que la prevalencia estimada en este estudio es del 40% de la muestra de pacientes con trastorno de ansiedad.

Lo anterior, sugiere un tratamiento multidisciplinario e integral para atender estas problemáticas en los pacientes con TA, para disminuir que se incrementen comorbilidades que puedan dañar su salud y con ello su calidad de vida.

XII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Organización Mundial de la Salud, 2020.
2. Ibarra I, Cárdenas JA, Ruiz RE, Salazar RG. Mexico and the COVID-19 response. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020;14(4):17-18.
3. Papandreou C, Arija V, Aretouli E, Tsilidis KK, Bulló M. Comparing eating behaviours, and symptoms of depression and anxiety between Spain and Greece during the COVID-19 outbreak: Cross-sectional analysis of two different confinement strategies. *Eur Eat Disorders Rev.* 2020;28(6):836-846.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5th ed. Arlington: Panamericana; 2013.
5. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Diálogos Clin Neurosci.* 2017;19(2):87-88.
6. Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.* 2003;26(4):1-16.
7. Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesionales Aliadas de Niños y Adolescentes.; En Rey JM; 2016;9(1):2-7.
8. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:311-41
9. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2009;42(3):228-234.
10. Silberg JL, Bulik CM. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(12):1317-26.

11. Spettigue W, Obeid N, Santos A, Norris M, Hamati R, Hadjiyannakis S, et al. Binge eating and social anxiety in treatment-seeking adolescents with eating disorders or severe obesity. *Eat Weight Disord.* 2020;25(3):787-793.
12. Wu JC, Buchsbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Johnson JC. PET in generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry.* 1991;29(12):1181-99.
13. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):837-844.
14. Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med (Lond).* 2015;65(7):601.
15. Aoun C, Nassar L, Soumi S, El Osta N, Papazian T, Rabbaa L. The cognitive, behavioral, and emotional aspects of eating habits and association with impulsivity, chronotype, anxiety, and depression: A cross-sectional study. *Front Behav Neurosci.* 2019;13:204.
16. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997 Apr;36(4):545-53.
17. Hale WW 3rd, Crocetti E, Raaijmakers QA, Meeus WH. A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(1):80-90.
18. Behrens B, Swetlitz C, Pine DS, Pagliaccio D. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Informant Discrepancy, Measurement Invariance, and Test-Retest Reliability. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2019;50(3):473-482.
19. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety.* 2011;28(8):666-675.

20. Rodgers RF, Franco DL, Linardon J. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Inter Jou of Eat Dis.* 2020;53(7):1166-1170.
21. Mancilla JM, Lameiras M, Vázquez R, Álvarez G, Franco K, López X, et al. Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Rev Mex de trastor aliment.* 2010;1(1):36-47.
22. Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Rev Mex de trastor aliment.* 2015;6(2):97-107.
23. Vázquez R, López X, Ocampo MT, Mancilla JM. El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Rev Mex de trastor aliment.* 2015;6(2):108-120.
24. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61(3):348-358.
25. Bodell, LP, Devlin, MJ. Pharmacotherapy for binge-eating disorder. *The Treatment of Eating Disorders.* The Guilford Press. 2010;402.
26. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Survey. *Biol Psychiatry.* 2013;73(9):904-14.
27. Haddad C, Zakhour M, Bou Kheir M, Haddad R, Al Hachach M, Sacre H, et al. Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. *J Eat Disord.* 2020;8(1):40.
28. Puhl RM, Lessard LM, Larson N, Eisenberg ME, Neumark-Stzainer D. Weight Stigma as a Predictor of Distress and Maladaptive Eating Behaviors During COVID-19: Longitudinal Findings From the EAT Study. *Ann Behav Med.* 2020;54(10):738-746.
29. Díaz FJ, Franco K, López A, Guzmán LY, Jiménez NA, Camacho MJ. Valoración y frecuencia de consumo de alimento saludable y no-saludable: un estudio preliminar. *Rev Mex de trastor aliment.* 2010;1(2):132-138.

30. López A, Martínez AG, Aguilera VG, De la Torre C, Cárdenas A, Valdés E, et al. Género, Interacción Social y Consumo de Alimento: “El efecto Eva”. *Rev Mex de trastor aliment.* 2010;2(1):10-23.
31. Romero M, Shamah T, Vielma E, Heredia O, Mojica J, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):917–23.
32. López X, Vázquez R, Mancilla JM, Balderrama R. Instrumentos de evaluación del trastorno por atracón en población de habla hispana. *Rev Mex de trastor aliment.* 2021;11(1):32–51.
33. Johnson WG, Grieve FG, Adams CD, Sandy J. Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disord.* 1999;26(3):301-314.
34. House ET, Lister NB, Seidler AL, et al. Identifying eating disorders in adolescents and adults with overweight or obesity: A systematic review of screening questionnaires. *Int J Eat Disord.* 2022;55(9):1171-1193.
35. Franco Paredes K, Alvarez Rayón G. L, , Ramírez Ruelas R. E. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev Mex de trastor aliment.* 2011;2(2):148-164.
36. Cortazar U, Vázquez R, López X, Tamayo C. “Validación Concurrente del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso - Revisado (QEWP-R) en una Muestra Mexicana”. [Tesis de Licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022. 59 p.
37. Quintero J, Félix MP, Banzo C, Martínez R, Barbudo E, Silveria B et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud mental.* 2016;39(3):0185-3325.
38. Gómez G, Acosta V, Gorischnik R, Cuevas C, Pineda G, Platas RS, et al. Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Rev Mex de trastor aliment.* 2013;4(2):68-78.

39. Navarro M, Martínez AG, López A, López P, Benavides RG. Comparación en la ingesta de alimentos de adultos que residen en una zona rural y urbana de Jalisco, México. *Rev Mex de trastor aliment.* 2014;5(1):11-19.
40. Pipe A, Patterson B, Van Ameringen M. Binge eating disorder hidden behind a wall of anxiety disorders. *J Psychiatry Neurosci.* 2021;46(2):208-209.
41. Haber SN, Knutson B. The reward circuit: linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(1):4-26.
42. Leigh SJ, Morris MJ. The role of reward circuitry and food addiction in the obesity epidemic: An update. *Biol Psychol.* 2018;13(1):31-42.
43. García K. Influencia de los factores psicológicos y familiares en el mantenimiento de la obesidad infantil. . *Rev Mex de trastor aliment.* 2018; 9(2):221-237.
44. Gómez A, Fernández M, Velázquez D, Flores J, León P, Mercado GE, et al. Trastorno por atracón, depresión, ansiedad y gen del neuropéptido relacionado con Agouti en pacientes con cirugía bariátrica. *Rev Mex de trastor Aliment.* 2017;8(2):161-170.
45. Kober H, Boswell RG. Potential psychological & neural mechanisms in binge eating disorder: Implications for treatment. *Clin Psychol Rev.* 2018;60:32-44.
46. He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2017;50(2):91-103.
47. Smith D, Robbins TW. The Neurobiological Underpinnings of Obesity and Binge Eating: A Rationale for Adopting the Food Addiction Model, *Biol Psychiatry.*2013;73(9):804-810.
48. Welch E, Jangmo A, Thornton LM, Norring C, et al. Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry.* 2016; 26(16):163.
49. Sheehan DV, Herman BK. Los factores psicológicos y médicos asociados con el trastorno por atracón no tratado. *Trastorno del SNC complementario. Prim Care.* 2015;17(2):10.
50. Espinoza AS, Martínez AG, Reyes Z. The role of ghrelin and leptin in feeding behavior: Genetic and molecular evidence. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2021;164(21):47-1.
51. Goetz RL, Miller BJ. Meta-analysis of ghrelin alterations in schizophrenia: Effects of olanzapine. *Schizophr Res.* 2019;206:21-26.

52. Steinberg E, Tanofsky-Kraff M, Cohen ML, et al. Comparison of the child and parent forms of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns in the assessment of children's eating-disordered behaviors. *Int J Eat Disord.* 2004;36(2):183-194.

XIII. ANEXOS

Anexo 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos sociodemográficos:

1. Edad _____
2. Género: a. Masculino ____ b. Femenino ____
3. Escolaridad: _____
4. Comorbilidad psiquiátrica: a) TDAH ____ b) Depresión ____ c) Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas ____.
5. Peso: _____. Talla: _____.
6. Índice de Masa Corporal:
 - a) normal: _____
 - b) Sobrepeso _____
 - c) Obesidad Clase I _____
 - d) Obesidad Clase II _____
 - e) Obesidad Clase III _____.

**Anexo 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CARTA DE
ASENTIMIENTO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Niños y personas con discapacidad)**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Título del estudio: “PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES
CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE
PAIDOPSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”

Número de registro institucional _____.

FOLIO: _____.

Justificación y objetivo del estudio: El investigador le ha explicado a mi hijo o hija que los niveles de estrés asociados a la crisis por el virus COVID 19, han afectado la salud de las personas en general, en nuestros hijos, la suspensión de clases y cierre de actividades afectó de manera considerable en el estrés. También le ha explicado que existe relación entre este nivel de estrés con malestar físico como sentirse nervioso la mayor parte del tiempo, angustiado, con latidos rápidos de su corazón, sudoración y problemas alimentarios como comer muy rápido en un tiempo corto que pueda afectar su salud física y mental.

Procedimientos: La participación de mi hijo en este estudio es voluntaria y se puede retirar del estudio en cualquier momento sin que llegue a afectar su atención en esta unidad. Es decisión mía y de mi hijo participar o no en este estudio. También es importante que sepa que, si en un momento dado mi hijo o hija ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, aunque comprendo que los resultados serán más confiables si responderemos de manera completa los cuestionarios. Se tomarán datos generales de mi hijo o hija; así como el peso y la talla. El cuestionario que responderá mi hijo consiste en preguntas sobre hábitos alimenticios como la manera de comer, la cantidad de comida y el tiempo utilizado para comer, con una duración aproximada de 20 minutos.

Posibles riesgos y molestias: Mi hijo o hija esta de acuerdo de que los cuestionarios que contestará no son un riesgo para su salud y las posibles molestias que se pueden presentar son cambios en el estado de ánimo, como emociones o sentimientos no agradables y pueden pasar algunos minutos para regresar a su estado de ánimo habitual. Esto quiere decir que el malestar será transitorio.

Posibles beneficios al participar en el estudio: entiendo que mi hijo y yo no tendremos ningún beneficio económico por el hecho de que responda este cuestionario. Este estudio ayudará a la búsqueda de información sobre la enfermedad en niños y adolescentes y pueden considerarse para referir a un tratamiento especializado y seguimiento médico.

Esta información será privada y confidencial. Esto quiere decir que no se compartirán con nadie sus respuestas o resultados sin que mi hijo o hija y yo lo autoricemos, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. El cuestionario será guardado por 5 años a partir del día de hoy y en ese momento será destruido con una trituradora de papel; en forma digital se guardará en la nube y se eliminará después.

Información sobre los resultados y alternativas de tratamiento: los resultados de la escala son personales y, en caso de solicitarlo, se me informará el resultado. Además, en caso de que se encuentre un problema que necesite atención, será derivado a nivel de atención correspondiente.

Doy fe y testimonio que a mi hijo o hija se le explicó de manera clara en toda la información previamente comentada, asimismo que mi hijo o hija comprendió la información, y que decidió participar en el estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado, a mi como a mi hijo o hija, todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto

Sí acepto que mi hijo o hija y yo participemos en este estudio y estudios futuros, conservando nuestra información hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma.

Investigadora o Investigador Responsable:

Dr. César Alberto Prieto Garza //
cesar_nodoubt@hotmail.com // 3336170060 ext 32655

Colaboradores:

Dra. Sol María Contreras Valdez //
sol..contreras.91@hotmail.com // 3336170060 ext 32655

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx.

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y
POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adultos)**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Título del estudio: “PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE PAIDOPSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”

Número de registro institucional _____.

FOLIO: _____.

Justificación y objetivo del estudio: El investigador me ha explicado que los niveles de estrés asociados a la crisis por el virus COVID 19, han afectado la salud de las personas en general, en nuestros hijos, la sus pensión de clases y cierre de actividades afectó de manera considerable en el estrés. También me ha explicado que existe relación entre este nivel de estrés con malestar físico como sentirse nervioso la mayor parte del tiempo, angustiado, con latidos rápidos de su corazón, sudoración y problemas alimentarios como comer muy rápido en un tiempo corto que pueda afectar su salud física y mental.

Procedimientos: Mi participación en este estudio es voluntaria y me puedo retirar del estudio en cualquier momento sin que llegue a afectar la atención de mi hijo en esta unidad. Es decisión mía y de mi hijo participar o no en este estudio. También es importante que sepa que, si en un momento dado mi hijo o hija ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema, aunque comprendo que los resultador serán más confiables si respondermos de manera completa los cuestionarios. Se tomarán datos generales de mi hijo o hija; así como el peso y la talla.

El cuestionario que responderé consiste en 40 preguntas sobre síntomas que presenta mi hijo o hija como son: dolor o malestar físico, miedos, preocupación, nerviosismo, dificultad para socializar y problemas para dormir, con una duración aproximada de 30 minutos.

Posibles riesgos y molestias: Estoy de acuerdo de que el cuestionario que contestaré no es un riesgo para su salud y las posibles molestias que se pueden presentar son cambios en el estado de ánimo, como emociones o sentimientos no agradables y pueden pasar algunos minutos para regresar a su estado de ánimo habitual. Esto quiere decir que el malestar será transitorio.

Posibles beneficios al participar en el estudio: entiendo que mi hijo y yo no tendremos ningún beneficio económico por el hecho de que responda este cuestionario. Este estudio ayudará a la búsqueda de información sobre la enfermedad en niños y adolescentes y pueden considerarse para referir a un tratamiento especializado y seguimiento médico.

Esta información será privada y confidencial. Esto quiere decir que no se compartirán con nadie sus respuestas o resultados sin que mi hijo o hija y yo lo autoricemos, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. El cuestionario será guardado por 5 años a partir del día de hoy y en ese momento será destruido con una trituradora de papel; en forma digital se guardará en la nube y se eliminará después.

Información sobre los resultados y alternativas de tratamiento: los resultados de la escala son personales y, en caso de solicitarlo, se me informará el resultado. Además, en caso de que se encuentre un problema que necesite atención, será derivado a nivel de atención correspondiente.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndoseme explicado, a mi como a mi hijo o hija, todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto

Sí acepto que mi hijo o hija y yo participemos en este estudio y estudios futuros, conservando nuestra información hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma

Investigadora o Investigador
Responsable:

Dr. César Alberto Prieto Garza //
cesar_nodoubt@hotmail.com // 3336170060 ext
32655

Colaboradores:

Dra. Sol María Contreras Valdez //
sol.contreras.91@hotmail.com // 3336170060 ext
32655

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx.

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 3: CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Guadalajara, Jalisco a 20 de Enero de 2024

El C. César Alberto Prieto Garza, investigador responsable del proyecto titulado **Título del estudio: “PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE PAIDOPSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”** con domicilio ubicado en Av. Belisario Domínguez No. 724, Colonia Independencia. C. P 44360. Guadalajara, Jalisco, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, archivos físicos y/o electrónicos, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información que documente el ejercicio de las facultades para la evaluación de los protocolos de investigación, a que tenga acceso en mi carácter investigador responsable, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones como investigador responsable.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se estará acorde a la sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Estado de Jalisco, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

ACEPTO

Dr. César Alberto Prieto Garza

Anexo 4: Escala de Ansiedad para Niños (SCAReD)

FORMA PARA LOS PADRES

Fecha:.....

Esta es una lista de cosas que describen como se siente su hijo(a).

Marque el 0 si casi nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

0 = Casi nunca es cierto 1 = Es cierto algunas veces 2 = Casi siempre es cierto

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 1 | Cuando siente miedo, no puede respirar bien | 0 | 1 | 2 |
| 2 | Cuando esta en la escuela, se queja de dolor de cabeza | 0 | 1 | 2 |
| 3 | No le gusta estar con personas que no conoce bien | 0 | 1 | 2 |
| 4 | Le da miedo dormir en otras casas | 0 | 1 | 2 |
| 5 | Se preocupa de lo que piensan de él (ella) | 0 | 1 | 2 |
| 6 | Cuando tiene miedo, siente que se va a desmayar | 0 | 1 | 2 |
| 7 | Es un niño(a) nervioso(a) | 0 | 1 | 2 |
| 8 | Me sigue a todas partes donde voy (es como mi "sombra") | 0 | 1 | 2 |
| 9 | La gente dice que mi hijo(a) se ve nervioso(a) | 0 | 1 | 2 |
| 10 | Se pone nervioso(a) con personas que no conoce bien | 0 | 1 | 2 |
| 11 | Cuando esta en la escuela le duele el estomago | 0 | 1 | 2 |
| 12 | Cuando tiene mucho miedo, se siente como si se fuera a "enloquecer" | 0 | 1 | 2 |
| 13 | Se preocupa si tiene que dormir sólo(a) | 0 | 1 | 2 |
| 14 | Se preocupa de ser tan bueno(a) como los otros niños | 0 | 1 | 2 |
| 15 | Cuando tiene mucho miedo siente como si las cosas no fueran reales | 0 | 1 | 2 |
| 16 | Sueña que algo malo le va a pasar a su mamá o a su papá | 0 | 1 | 2 |
| 17 | Se preocupa cuando tiene que ir a la escuela | 0 | 1 | 2 |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 18 | Cuando tiene miedo, el corazón le late muy rápido | 0 | 1 | 2 |
| 19 | Sueña que algo malo le va a pasar a él (ella) | 0 | 1 | 2 |
| 20 | Se pone tembloroso(a) | 0 | 1 | 2 |
| 21 | Le preocupa cómo le van a salir las cosas | 0 | 1 | 2 |
| 22 | Cuando tiene miedo suda mucho | 0 | 1 | 2 |
| 23 | Se preocupa demasiado | 0 | 1 | 2 |
| 24 | Le da miedo sin tener ningún motivo | 0 | 1 | 2 |
| 25 | Le da miedo estar sólo(a) en casa | 0 | 1 | 2 |
| 26 | Le cuesta trabajo hablar con personas que no conoce | 0 | 1 | 2 |
| 27 | Cuando tiene miedo, siente que no puede tragar | 0 | 1 | 2 |
| 28 | Las personas dicen que se preocupa demasiado | 0 | 1 | 2 |
| 29 | No le gusta estar separado(a) de la familia | 0 | 1 | 2 |
| 30 | Le da miedo de tener ataques de nervios (pánico) | 0 | 1 | 2 |
| 31 | Le preocupa que algo malo le pueda pasar a sus padres | 0 | 1 | 2 |
| 32 | Le da vergüenza cuando está con personas que no conoce | 0 | 1 | 2 |
| 33 | Le preocupa qué le va a pasar en el futuro | 0 | 1 | 2 |
| 34 | Cuando tiene miedo le dan ganas de vomitar | 0 | 1 | 2 |
| 35 | Le preocupa saber si esta haciendo las cosas bien | 0 | 1 | 2 |
| 36 | Tiene miedo de ir al colegio | 0 | 1 | 2 |
| 37 | Le preocupan las cosas que ya han pasado | 0 | 1 | 2 |
| 38 | Cuando tiene miedo, se siente mareado(a) | 0 | 1 | 2 |
| 39 | Se siente nervioso(a) cuando tiene que hacer algo delante de otros niños o adultos, por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar. | 0 | 1 | 2 |
| 40 | Se siente nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o lugares donde hay gente que no conoce | 0 | 1 | 2 |
| 41 | Mi hijo(a) es tímido(a) | 0 | 1 | 2 |

Anexo 5: CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y PATRONES DE PESO-REVISADO (QEWP- R)

FECHA _____

Selecciona con una X la opción que más se acerque a tu modo de actuar y/o pensar:

1. Durante los pasados 6 meses, alguna vez comiste más que la mayoría de la gente, (por ejemplo: más que tus amigos), y pensarías que ¿fue realmente una gran cantidad de alimento?
SI _____ NO _____

¿Alguna vez comiste una cantidad realmente grande de alimento en un período de tiempo (más o menos 2hrs)? SI _____ NO _____

2. Cuando comiste una cantidad realmente grande de alimento ¿alguna vez sentiste que no podías parar de comer? o ¿Sentiste que no podías controlar que o cuanto estabas comiendo?
SI _____ NO _____

3. Durante los pasados 6 meses ¿Qué tan a menudo comiste una cantidad realmente grande de alimento con la sensación de que estabas fuera de control? (pudo haber unas semanas en las que no comiste de esta manera)

a). Menos de un día a la semana _____

b). Un día a la semana _____

c). 2 ó 3 días a la semana _____

d). 4 ó 5 días a la semana _____

e). Más de 5 días a la semana _____

4. Cuando comiste una gran cantidad de comida y no pudiste controlar tu alimentación, tú:

Comiste muy rápido SI _____ NO _____

Comiste hasta que te dolió el estómago o te sentiste enfermo del estómago
SI _____ NO _____

Comiste cantidades realmente grandes de alimento, aun cuando no sentías hambre
SI _____ NO _____

Comiste realmente grandes cantidades de alimento durante el día, fuera de las
comidas regulares, como el desayuno, comida y cena SI _____ NO _____

Comiste a solas porque no querías que nadie te viera cuanto comías SI _____
NO _____

Te sentiste realmente mal contigo mismo(a) después de comer una gran cantidad de
alimento SI _____ NO _____

5. Durante los pasados 6 meses, ¿qué tan mal te sentiste cuando comiste demasiado o más
alimento del que crees que sería óptimo para ti?

De ninguna manera mal _____

Sólo un poco mal _____

Moderadamente mal _____

Muy mal _____

Totalmente mal _____

No comí demasiado _____

6.¿Qué tan mal te sentiste al no poder parar de comer o no poder controlar que o cuando estabas comiendo?

De ninguna manera mal _____

Sólo un poco mal _____

Moderadamente mal _____

Muy mal _____

Totalmente mal _____

No comí demasiado _____

7.Durante los pasados 6 meses ¿ha importado tu peso o la forma de tu cuerpo en cómo te sientes contigo mismo (a)?

No fueron en absoluto importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) _____

Fueron algo importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) _____

Fueron moderadamente importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) _____

Fueron totalmente importantes en cómo me sentía conmigo mismo (a) _____

8.¿Alguna vez te has provocado el vómito para impedir la ganancia de peso después de comer una cantidad realmente grande de alimento? SI _____ NO _____

(En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 9)

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

a). Menos de una vez a la semana _____

b). Una vez a la semana _____

c). 2-3 veces a la semana _____

d). 4-5 veces a la semana _____

e). Más de 5 veces a la semana _____

9.¿Alguna vez has tomado medicamentos (pastillas, té u otros productos) que te hacían ir al baño con el fin de no ganar peso después de comer mucho? SI _____ NO _____

(En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 10)

¿Fueron laxantes (hacen que tengas movimiento intestinal) o diuréticos (hacen que orines frecuentemente)?Laxantes _____ Diuréticos _____

¿Alguna vez ingeriste más del doble de la cantidad que está indicada en la caja o envase?SI _____ NO _____

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

a). Menos de una vez ala semana _____

b). Una vez a la semana _____

c). 2-3 veces a la semana _____

d). 4-5 veces a la semana _____

e). Más de 5 veces a la semana _____

10.¿Alguna vez no comiste nada en todo un día para impedir la ganancia de peso después de comer una gran cantidad de alimento? SI _____ NO _____

(En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 11)

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a). Menos de una vez a la semana _____
- b). Una vez a la semana _____
- c). 2-3 veces a la semana _____
- d). 4-5 veces a la semana _____
- e). Más de 5 veces a la semana _____

11. ¿Alguna vez hiciste ejercicio de una hora seguida únicamente para impedir la ganancia de peso después de comer mucho? SI _____ NO _____

(En caso de que tu respuesta sea “NO”, pasa a la pregunta número 12)

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a). Menos de una vez a la semana _____
- b). Una vez a la semana _____
- c). 2-3 veces a la semana _____
- d). 4-5 veces a la semana _____
- e). Más de 5 veces a la semana _____

12. Durante los pasados 6 meses, ¿alguna vez tomaste pastillas para impedir la ganancia de peso después de comer mucho? SI _____ NO _____

¿Qué tan a menudo, en promedio, hiciste esto?

- a). Menos de una vez a la semana _____

b). Una vez a la semana _____

c). 2-3 veces a la semana _____

d). 4-5 veces a la semana _____

e). Más de 5 veces a la semana _____

13. Estoy tratando intencionadamente de perder peso, comiendo menos: SI _____

NO _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1302**.
HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE LIC IGNACIO GARCIA TELLEZ, GUADALAJARA JALISCO

Registro COFEPRIS **17 CI 14 039 045**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 14 CEI 001 2018022**

FECHA **Martes, 06 de febrero de 2024**

Doctor (a) GARZA CESAR ALBERTO PRIETO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ATRACÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DE PAIDOPSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL** 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-2024-1302-021

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

Doctor (a) Ruth Alejandrina Castillo Sánchez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1302

Impresión

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL