



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 "TRONCOSO"

"INCIDENCIA DEL BINGE-EATING DISORDER (TRASTORNO POR
ATRACÓN) EN MUJERES OBESAS DE 20-59 AÑOS DE LA UMF No. 21"

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. ERICKA SELENE PATIÑO CASTREJÓN

MÉXICO D. F. ENERO 2008



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.

ASESOR

DR. JAVIER CRESPO SALAZAR

Medico especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No.
21 Teléfono 57 68 60 Ext. 373, Avenida Francisco del Paso y Troncoso.
Código Postal 15900 Delegación Venustiano Carranza. D.F.

AUTORIZACION

DR. JOSE ANTONIO MATA MARTÍNEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR .CESAR WILLIAMS ZARATE

COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD E INVESTIGACIÓN, DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.21
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR, EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL

DRA. ANA MARIA MEZA FERNANDEZ

PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR, EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 21 DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Agradezco:

A mi hija Nadia: Eres lo que más amo en la vida, lo que me motiva a ser mejor cada día, gracias por darle sentido a mi existencia.

A mi mamá: Ya que por ti soy la mujer que soy, gracias por tu apoyo y amor a lo largo de mi vida.

A mi familia: Por creer en mí.

A Aideé: Por ser mi amiga y la hermana que no tuve.

A Iván: Por el amor que me demostró cada día que estuve a su lado.

A mi asesor: Gracias por la paciencia y la orientación brindada.

A mis maestros: Por todo lo que me enseñaron y que me inculcaron amar a la medicina y ahora en esta etapa a la medicina familiar.

Dedico esta tesis a todas las personas que están en mi corazón.

Quien tiene por que vivir, supera todos los “comos”

Anónimo

**"INCIDENCIA DEL BINGE-EATING DISORDER (TRASTORNO POR
ATRACÓN) EN MUJERES OBESAS DE 20-59 AÑOS DE LA UMF No. 21"**

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INDICE.....	5
INTRODUCCION.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
ANTECEDENTES.....	8
OBJETIVOS.....	16
HIPOTESIS.....	16
METODOLOGIA.....	17
ETICA.....	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	30
SUGERENCIAS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	32
ANEXOS.....	34

INTRODUCCION

La obesidad afecta a más de 300 millones de adultos, según la OMS globalmente afecta a mil millones de personas.

En México, más del 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad, esto se traduce en 32, 671 de personas adultas, las cuales tienen 12 veces más probabilidades de morir debido a la obesidad.

Robert L. Spitzer y cols. De la universidad de Columba en Nueva York aportan resultados de un estudio multicéntrico en 1785 sujetos integrados a programas de adelgazamiento, los datos informan que el 29% padecía una patología llamada Binge Eating Disorder (BED), recientemente establecido como trastorno psiquiátrico, el cual impedía la disminución ponderal.

El BED fue descrito por primera vez en 1959 por Stunkard, se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, al menos dos veces por semana durante los últimos 6 meses.

Es un problema común que afecta del 20 al 30% de la población obesa que buscan tratamiento, siendo en la población general la prevalencia del 1%. al 2%. Al igual que en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, se da más en mujeres que en hombres, aunque la diferencia es mucho más pequeña que en estos dos trastornos ya que se estima que una tercera parte de la población afectada es del sexo masculino.

Se distingue por la presencia de comilonas con la sensación de la pérdida de control, gran rapidez de la ingesta, sentirse desagradablemente saciado, alimentarse sin tener hambre fisiológica, realizarlas en soledad por sentir vergüenza debido a la cantidad de comida ingerida, además de presentar sentimiento de culpabilidad por la cantidad excesiva de la ingesta, preocupación constante por el peso, larga historia de dietas de la vida adulta y sentirse a disgusto, culpable o deprimido después del atracón.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que la obesidad es un problema de salud el cual es predisponente para padecer enfermedades crónicas degenerativas como Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y Diabetes Mellitus 2 (DM2), además de hipercolesterolemia, infarto al miocardio y accidente vascular cerebral.

La obesidad y las enfermedades crónico degenerativas son un problema de salud mundial. México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad nacional y la nefropatía secundaria a diabetes es la primer causa de discapacidad en nuestro país.

Diversos autores han evidenciado la relación del BED con estos padecimientos el cual tiene una prevalencia del 1-2% de la población general y en personas que acuden a clínicas de reducción de peso se eleva del 15-46%, en México se ha encontrado que es del 2.54% siendo del 2.99% para mujeres y en hombres del 1.72%.

La obesidad es uno de los principales problemas de salud y su tratamiento es particularmente difícil ya que se requiere que el paciente cambie estilos de vida; sin embargo las personas que padecen BED requieren psicoterapia y en la mayoría del manejo con tratamiento farmacológico, por lo que es iatrogénico indicarles solo dieta de reducción de peso.

Esto nos lleva a establecer el diagnóstico de BED desde un primer nivel de atención y otorgar el adecuado tratamiento con el objetivo de controlar su obesidad por consecuencia disminuir los riesgos para padecer infartos al miocardio y enfermedades crónico degenerativas como HAS, DM2 y dislipidemia; y si estas ya están establecidas, mejorar el control de las mismas.

En la Unidad de Medicina Familiar Núm 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social no existen diagnósticos de trastornos alimentarios, los cuales en la

actualidad han ido en aumento lo que nos lleva a pensar que no se están diagnosticando.

Por lo anteriormente expuesto, es que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cual es la incidencia del binge-eating disorder (BED) en la población de mujeres derechohabientes obesas de 20 a 59 años de la unidad de medicina familiar numero 21?

ANTECEDENTES

La obesidad afecta a más de 300 millones de adultos, según la OMS globalmente afecta a mil millones de personas.

En México, más del 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad, esto se traduce en 32, 671 de personas adultas, las cuales tienen 12 veces más probabilidades de morir debido a la obesidad. (1)

En un estudio realizado en unidades de Medicina Familiar del IMSS en 2003 se detectó obesidad en el 38.3% de adultos jóvenes hombres medidos de una muestra de 3263 y en el 46.8% de adultas jóvenes mujeres de una muestra 5156, predominando en la región centro del país, se encontró que aumenta la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a lo largo del ciclo de la vida desde el primer decenio de la vida. (2)

En la mujer se pudo observar que el sobrepeso predominó en las primeras dos décadas de la vida y la obesidad en las siguientes. (2)

Robert L. Spitzer y cols. De la universidad de Columba en Nueva York aportan resultados de un estudio multicéntrico en 1785 sujetos integrados a programas de adelgazamiento, los datos informan que el 29% padecía una patología llamada Binge Eating Disorder (BED), recientemente establecido como trastorno psiquiátrico, el cual impedía la disminución ponderal. (3,15)

El BED fue descrito por primera vez en 1959 por Stunkard, se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, al menos dos veces por semana durante los últimos 6 meses. (4,18)

Es un problema común que afecta del 20 al 30% de la población obesa que buscan tratamiento, siendo en la población general la prevalencia del 1%. al 2%. (5,7,8,14,16)

Al igual que en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, se da bastante más en mujeres que en hombres, aunque la diferencia es mucho más pequeña que en estos dos trastornos ya que se estima que una tercera parte de la población afectada es del sexo masculino.

Se distingue por la presencia de comilonas con la sensación de la pérdida de control, gran rapidez de la ingesta, sentirse desagradablemente saciado, alimentarse sin tener hambre fisiológica, realizarlas en soledad por sentir vergüenza debido a la cantidad de comida ingerida, además de presentar sentimiento de culpabilidad por la cantidad excesiva de la ingesta, preocupación constante por el peso, larga historia de dietas de la vida adulta y sentirse a disgusto, culpable o deprimido después del atracón. (1,8,9,13,19)

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere de forma incontrolada grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, pudiéndose llegar a tomar en estos atracones hasta 20.000 calorías.

Hay que añadir, sin embargo, que la duración del atracón puede variar enormemente, y a muchos individuos les cuesta diferenciar los verdaderos de episodios menos importantes.

En ocasiones la persona puede llevar a cabo estrategias compensatorias (p.ej. abstenerse de comer, recurrir a purgas o practicar el ejercicio físico de forma excesiva) pero, a diferencia con trastornos como la Anorexia nerviosa o la Bulimia Nerviosa, éstas no se realizan como práctica habitual para contrarrestar los efectos de los atracones, o sea para no engordar. En algunos casos, el Trastorno por Atracón puede ser origen o consecuencia de otros Trastornos de la Alimentación. (12,15,18,19)

En el estudio de Kuehnel y Wadden publicado en el *International Journal of Eating Disorders* en mayo de 1994 se concluyen que las personas afectadas por el trastorno por atracones presentan:

- ❖ Desinhibición dietética

- ❖ Inquietud excesiva por la figura y la delgadez
- ❖ Incapacidad para interpretar las sensaciones viscerales de hambre y saciedad
- ❖ Tendencia a sobrealimentarse en respuesta a emociones negativas

Muchas personas comentan que comen más o que comen demasiado cuando tienen problemas psicológicos, p.ej. cuando se sienten solas, tristes o estresadas. Existen estudios que revelan que a los individuos que están pasando por dificultades emocionales a menudo les es imposible separar el hambre de otras sensaciones de malestar y no pueden reconocer el estado de saciedad.

De acuerdo con el DSM-IV, algunas personas manifiestan que sus atracones están desencadenados por estados de ánimo disfóricos, como depresión o ansiedad. Otros sujetos no se ven capaces de identificar desencadenantes concretos, pero sí pueden manifestar una sensación inespecífica de tensión, que el atracón consigue aliviar. Otro grupo de personas otorga una cualidad disociativa al atracón que experimenta como una sensación de embotamiento o de estar drogado. Pero también hay muchos individuos que pasan todo el día comiendo sin horarios ni desencadenantes definidos. (9,13).

Frecuentemente, las personas con este trastorno utilizan el atracón como una forma de huir de sus emociones, para llenar un vacío interno o para evadir el estrés, la angustia y el dolor. También hay casos en que mediante la conducta alimentaria del atracón se intenta inconscientemente poner una separación entre la persona afectada misma y los demás ("como soy gordo/a, no les gusto a los demás y nadie se me acercará"). Sin embargo, al mismo tiempo suelen ser personas necesitadas de cariño y, como en el caso de la Bulimia Nerviosa, el atracón puede ser utilizado como un "autocastigo" por no estar satisfechas consigo mismas.

La autoestima de estos individuos está relacionada con el peso, presentando inestabilidad emocional reflejada en estado depresivo e irritabilidad. (6)

El trastorno por atracón tiene frecuentemente comorbilidad con otras patologías psiquiátricas debido a una inadecuada percepción, un desarrollo y una respuesta emocional ante diversos hechos, incluidos altos niveles de depresión o formas leves de sintomatología depresiva hasta el 50% de los casos. Marcus y Cols informaron que, en los pacientes con BED, la gravedad del cuadro depresivo está directamente asociada a la frecuencia de los periodos de voracidad que presentan estos. (13,16,19,20)

Se ha reportado que también presentan labilidad afectiva con fluctuaciones de ansiedad, hostilidad y depresión, baja tolerancia y un exceso de preocupación por el cuerpo/figura y el peso. Estos pacientes pasan una parte importante de su etapa adulta haciendo dietas, que inician desde edades tempranas con regimenes dietéticos, tienen un mayor deterioro laboral y social, poseen un historial de abuso de drogas y alcohol, así como un historial de obesidad grave.(20)

Los familiares de pacientes con trastorno por atracón tienen un riesgo 10 veces más de padecerlo, en relación a la población que carece de familiares con este trastorno. La heredabilidad para el trastorno por atracón se ha estimado en un 41% lo cual varía de acuerdo con los factores ambientales.

El receptor serotoninérgico 5HT se ha encontrado anormal en los pacientes recuperados de trastornos alimentarios. Otros factores de interés para el desarrollo de trastornos alimentarios incluyen a los genes para la norepinefrina y los estrógenos, aunque estos estudios no se han reproducido universalmente.

Con respecto a los factores socioambientales, la mayoría de los investigadores habla de la importancia de la restricción dietética en presencia de desinhibidores específicos como: la disforia, ingesta de alcohol, comidas apetitosas para el paciente, rompimiento de una dieta; como potenciadores de los atracones. (1)

Se han descrito factores asociados en paciente con BED, como: experiencias adversas en la infancia (como abuso físico y sexual), una predisposición a la

obesidad, una historia de trastornos afectivos en los padres, una exposición repetida a comentarios negativos sobre la figura/peso y la comida.

El peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que el apropiado y en muchos casos se trata de personas obesas, lo cual constituye un factor de riesgo adicional para su salud

Las consecuencias del BED son incrementos en la presión arterial (Brownell, et al, 1986), mayor resistencia a la insulina (Mc Carger, Clandinin, Fawcett, et al, 1988, tendencia a perder cada vez menos peso seguida a lo largo de los ciclos repetidos (Beeson, Ray, Coxon, et al, 1989), elevación de la tasa de aumento de peso después de ciclos sucesivos de reducción de peso (Herman, Young, Fuss, et al, 1991). (6)

En 1994 los criterios diagnósticos del binge-eating disorder (BED), se incluyen en el DSM-IV:

- ❖ Episodios recurrentes de atracones, que se caracteriza por:
 - Ingesta en un corto periodo de tiempo (dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares
 - Sensación de la pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuanto esta comiendo)

- ❖ Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los síntomas siguientes:
 - Ingesta mucho más rápido de lo normal
 - Comer hasta sentirse desagradablemente satisfecho
 - Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - Comer a solas para esconder su voracidad

- Sentirse a disgusto consigo mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón

- ❖ Profundo malestar al recordar los atracones

- ❖ Los atracones tienen como media al menos dos días a la semana durante seis meses

- ❖ Los atracones no se asocian a estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayunos, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa. (1,9)

En un intento por tipificar las características de este trastorno Fairburn y Cooper`s, describieron cuatro tipos de atracones: a) Atracón objetivo: pérdida del control y cantidad de comida consumida objetivamente grande; b) Atracón subjetivo: pérdida de control y una pequeña de comida consumida, aunque el individuo la considera como excesiva; c) Comer de más objetivamente: no hay pérdida del control pero si se come objetivamente una excesiva cantidad de comida; d) Comer de más subjetivamente: no hay pérdida de control y se come una pequeña cantidad de comida, pero el individuo la percibe como excesiva. (1)

En la actualidad, existen varios instrumentos para evaluar las conductas alimentarias de los individuos con trastorno por atracón como: El Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso, El Inventario de Trastornos de la Alimentación, el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación, la Escala de Diagnóstico de Trastornos y el Cuestionario de Trastorno por Atracón (BES por sus siglas en inglés: Binge Eating Scale). (1,7)

En la población general la prevalencia del binge-eating disorder es del 1%, sin embargo los diferentes estudios de la prevalencia varían entre si considerablemente; debido a usos de metodologías diferentes, destacando el empleo de cuestionarios de auto reporte contra entrevistas estructuradas para establecer el diagnóstico; evaluación de muestras diversas, como grupos de

personas con obesidad contra población general, o de ambos géneros contra solo mujeres u hombres; y de diferencias culturales que resaltan el papel que desempeñan el medio ambiente en la precipitación y/o mantenimiento de los trastornos alimentarios. (1,7)

En el 2005 M. D. Oscar Zuñiga Partida, publicó la traducción y validación del cuestionario para el diagnóstico del Trastorno por Atracón (BES Binge-Eating Scale) en la población mexicana. (7)

Las intervenciones psicológicas están consideradas como el primer paso del tratamiento del binge-eating disorder; la terapia conductual y la terapia interpersonal reduce la frecuencia de los atracones con efecto importante para el peso corporal, pero pueden prevenir ganancia de peso posterior. (17)

En lo concierne al manejo farmacológico se ha reportado efectividad con venlafaxina, topiramato, d-fenfluramida, siutramina y sertralina, fluvoxamina. Recientemente también se ha estudiado la zonisamida (antiepileptico). (6,8,9)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia del binge-eating en mujeres obesas derechohabientes de 20-59 años en la UMF No 21

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Determinar la comorbilidad entre obesidad y BED.
- ❖ Determinar la comorbilidad del binge-eating con enfermedades crónico degenerativas como Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus 2.
- ❖ Determinar el grado de severidad de BED
- ❖ Establecer si el control de la enfermedad crónico degenerativa está determinada por la presencia o ausencia del BED.

HIPOTESIS

La incidencia que se encontrara del Binge- eating Disorder es similar a la reportada en la literatura.

METODOLOGIA

Es un estudio observacional, prospectivo, descriptivo: Solo se estudiará una población, transversal.

Se realizo en Mujeres con obesidad que tengan entre 20 a 59 años de edad, usuarios de la consulta externa de la unidad de Medicina Familiar # 21 del IMSS, localizada en la Delegación Venustiano Carranza, en la Ciudad de México.

CRITERIOS DE SELECCION

Inclusión:

- ❖ Mujeres de 20 a 59 años de edad con diagnóstico de Obesidad, según el registro PREVENIMSS de detecciones del estado nutricional durante el periodo comprendido del mes de Enero de 2007 a Julio de 2007 de la UMF # 21, que acepten la realización del cuestionario de Criterios para el Trastorno por Atracón (DSM-IV) y del Cuestionario de Trastorno por atracón (BES, Binge Eating Scale).
- ❖ Pacientes que se presenten a recibir atención médica en cualquiera de los consultorios de la unidad, en ambos turnos, durante el periodo de recolección de la información.

Exclusión:

- ❖ Mujeres fuera del rango de edad especificado.
- ❖ Mujeres con peso normal, sobrepeso u obesidad central.
- ❖ Pacientes que rechacen la realización del estudio.

Eliminación:

- ❖ Pacientes que no completan el proceso de recolección de la información (cuestionarios incompletos).

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO Y ESCALA DE MEDICION

VARIABLE	TIPO	DEFINICION	MEDICION	ESCALA
Binge-eating (Trastorno por atracón)	Variable Cualitativa, nominal	Trastorno alimentario, caracterizado por una desinhibición dietética, inquietud excesiva por la figura y delgadez, incapacidad para interpretar las sensaciones viscerales de hambre y saciedad y tendencia a sobrealimentarse en respuestas a emociones negativas	Interrogatorio directo a los individuos acerca de sus hábitos alimenticios utilizando el cuestionario de Criterios para el Trastorno por Atracón (DSM-IV)	Interrogatorio directo a los individuos acerca de sus hábitos alimenticios utilizando el cuestionario BES (Binge Eating Scale). Consta de 16 reactivos y 62 afirmaciones, a cada una le corresponden un puntaje específico que va de 0 a 3, incluidos desde la ausencia (0) hasta la gravedad (3).

INSTRUMENTOS DE RECOPIACION DE LA INFORMACION

- ❖ Se aplicara el cuestionario de Criterios para el Trastorno por Atracón (DSM-IV).
- ❖ Se aplicara el Cuestionario de Trastorno por Atracón (BES, Binge Eating Scale).

El cuestionario de trastorno por atracón fue desarrollado hace más de dos décadas como medida de severidad (versus diagnóstico) de este padecimiento; con la propiedad adicional de evaluarle en base a sus manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales; lo que hace una medida especialmente útil para diseñar y probar la efectividad de las intervenciones terapéuticas dirigidas a la modificación de estos componentes.

Se compone de dieciséis reactivos: ocho que describen manifestaciones conductuales, y ocho más para sentimientos y cogniciones asociadas. Cada reactivo se compone a su vez de cuatro enunciados que miden el rango de severidad (0 a 3 puntos). (7)

- ❖ Cuestionario acerca de los siguientes padecimientos: Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitas tipo2 y el control de las mismas.

Consta de 4 reactivos en los cuales se debe responder si o no acerca si padecen las antes mencionadas patologías y si se encuentran controladas, cada una.

DISEÑO ESTADISTICO

En la unidad de medicina familiar Número 21 existe una población adscrita de 141,304 derechohabientes, con una cantidad de 77.667 mujeres, de las cuales 42.281 se encuentran en el grupo de edad de los 20 a 59 años.

En la población de mujeres de 20 a 59 años de edad se han realizado medición de peso y talla a 49.4% (20.717), durante el periodo comprendido del mes de Enero de 2007 a Julio de 2007, encontrándose en el 35.6% (7250) Obesidad.

Se tomará esta última cantidad de pacientes como el universo de trabajo ya que no existe en la UMF 21 un censo sobre diagnóstico de obesidad en la población general.

Una vez determinadas las características de la muestra, la formula empleada será la siguiente:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{d^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: universo de trabajo

Z: intervalo de confianza

P: proporción de observaciones esperada

Q: contraparte de proporción de observaciones

d: margen de error

Para este caso:

n: ?

N: 7250

Z: 1.96

P: 0.20

Q: 1-0.20

d: 0.08

Sustituyendo:

$$n = \frac{7250 (1.96)^2 \times 0.20 (1 - 0.20)}{(0.08)^2 (7250-1) + (1.96)^2 \times 0.20 (1 - 0.20)}$$

Esto nos da el resultado: $n = 94.78$

Se debe realizar la prueba en 105 individuos, resultado obtenido de redondear la cifra anterior y sumarle el 10%.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se realizaran los siguientes pasos para la obtención de datos y el procesamiento de la información:

- ❖ Análisis del registro PREVENIMSS de detecciones del estado nutricional en mujeres de 20 a 59 años de edad durante el periodo comprendido del mes de Enero de 2007 a Julio de 2007 de la UMF # 21, para determinar el universo de estudio así como estimar el tamaño de la muestra.
- ❖ Explicación a los casos acerca del estudio que se esta realizando, así como la obtención del consentimiento verbal para la realización del mismo.
- ❖ Aplicación individual del cuestionario de Criterios para el Trastorno por Atracón (DSM-IV).
- ❖ Aplicación individual del cuestionario BES a los casos y evaluación de los resultados.
- ❖ Aplicación de cuestionario acerca de antecedentes de los siguientes padecimientos: Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus tipo2 y si estas están controladas.

ETICA

En el siguiente estudio de tipo observacional no se intervendrá en el estado de salud de salud, siendo confidencial la identidad de los encuestados. Respeta los lineamientos contemplados en la Declaración de Helsinki; la beneficencia, respeto a la persona, respeto a la veracidad así como el respeto a la individualidad de los individuos participantes en la investigación.

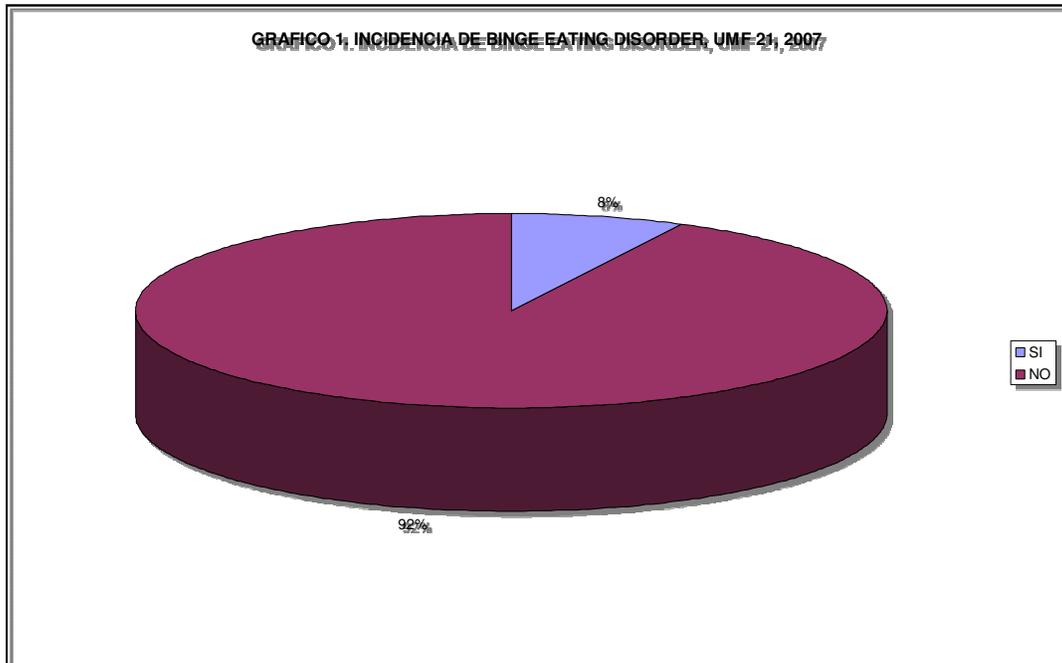
Además, cada individuo será informado ampliamente sobre el objetivo de la realización del cuestionario y del protocolo de investigación y haciendo obligatorio obtener el consentimiento verbal de cada uno de los participantes, como se solicita en la Declaración de Helsinki y del Código de Nuremberg.

El presente estudio se apega a los lineamientos establecidos por la institución así como a lo especificado en la Ley General de Salud.

RESULTADOS

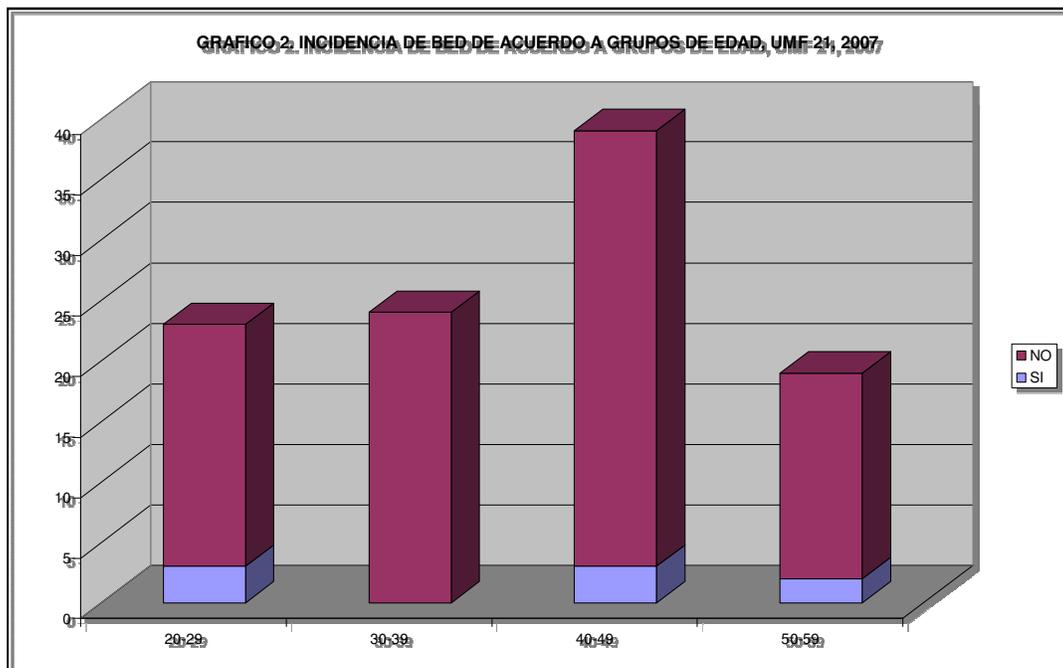
Se realizaron 105 encuestas, las cuales fueron llenadas de manera correcta en su totalidad. De las pacientes encuestadas se encontró que 97 no reunieron criterios para integrar el diagnóstico de Binge-eating disorder (92.3%), mientras que un total de 8 pacientes resultaron portadores de la enfermedad en estudio (7.7%).

BINGE EATING	NUM CASOS
SI	8
NO	97
TOTAL	105



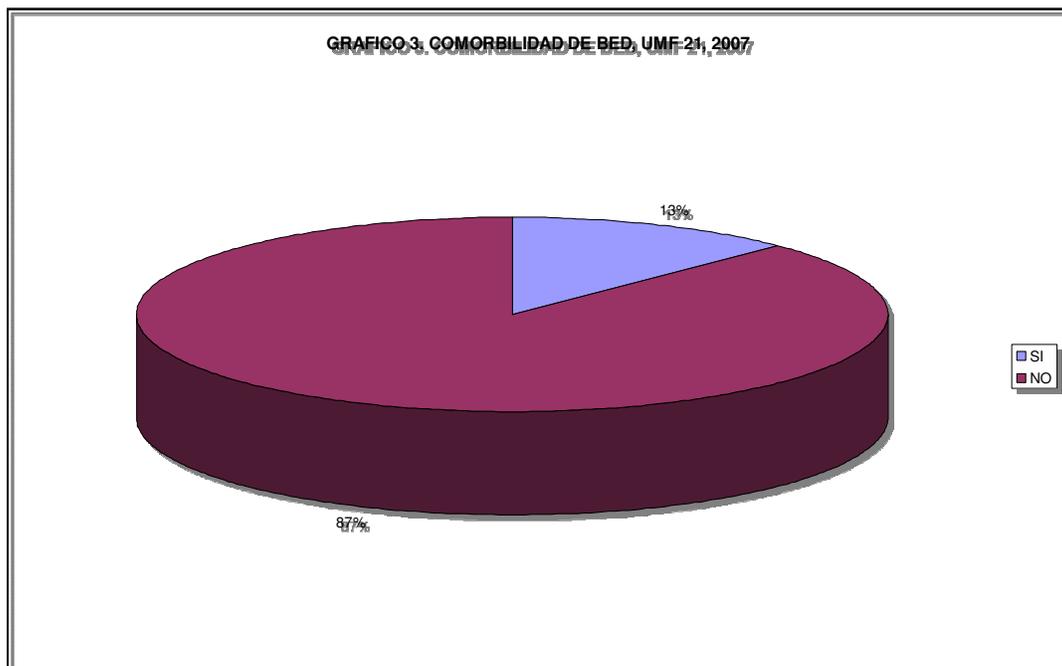
De acuerdo al rango de edad del diagnóstico del BED, se encontraron 3 pacientes dentro del rango de 20 a 29 años (37.5%); ninguna dentro del rango de 30 a 39 años; 3 pacientes dentro del rango de 40 a 49 años (37.5%); 2 pacientes dentro del rango de 50-59 años (25%).

TABLA 2. INCIDENCIA DE BED DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD, UMF 21, 2007			
GRUPO DE EDAD	SI	NO	TOTAL
20-29	3	20	23
30-39	0	24	24
40-49	3	36	39
50-59	2	17	19
TOTAL	8	97	105



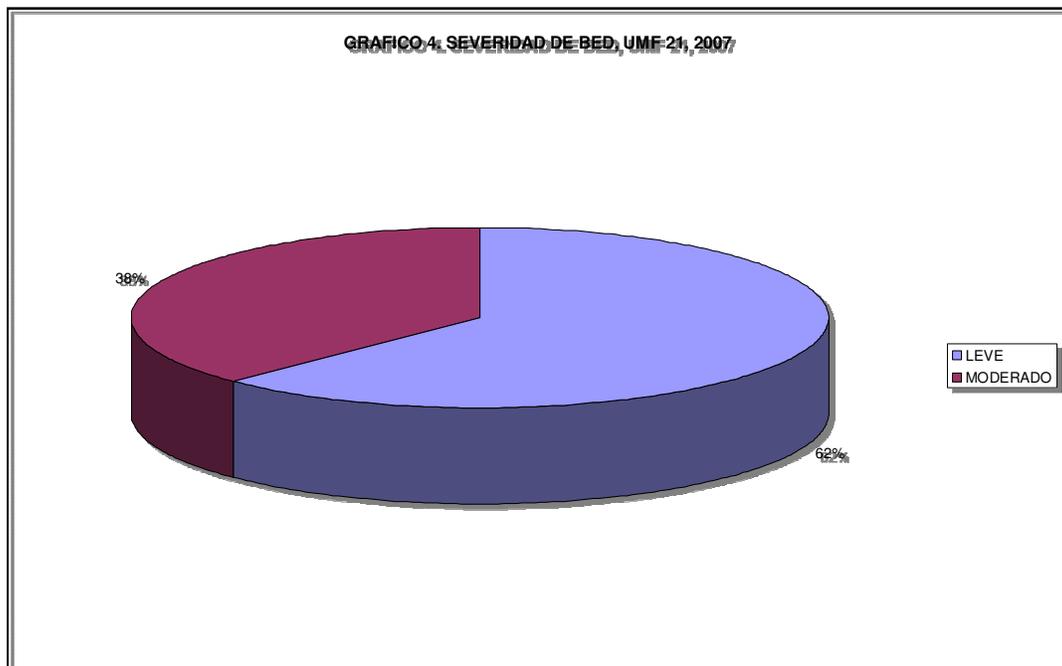
Analizando a los 8 pacientes con resultado positivo para el BED, se encontró que 7 de ellos no cuentan con patología asociada (87.5%); mientras que solo una paciente cursó con patología asociada (Hipertensión Arterial) con adecuado control.

TABLA 3. PRESENCIA DE COMORBILIDAD DE BED, UMF 21, 2007	
COMORBILIDAD	NUM CASOS
SI	1
NO	7
TOTAL	8



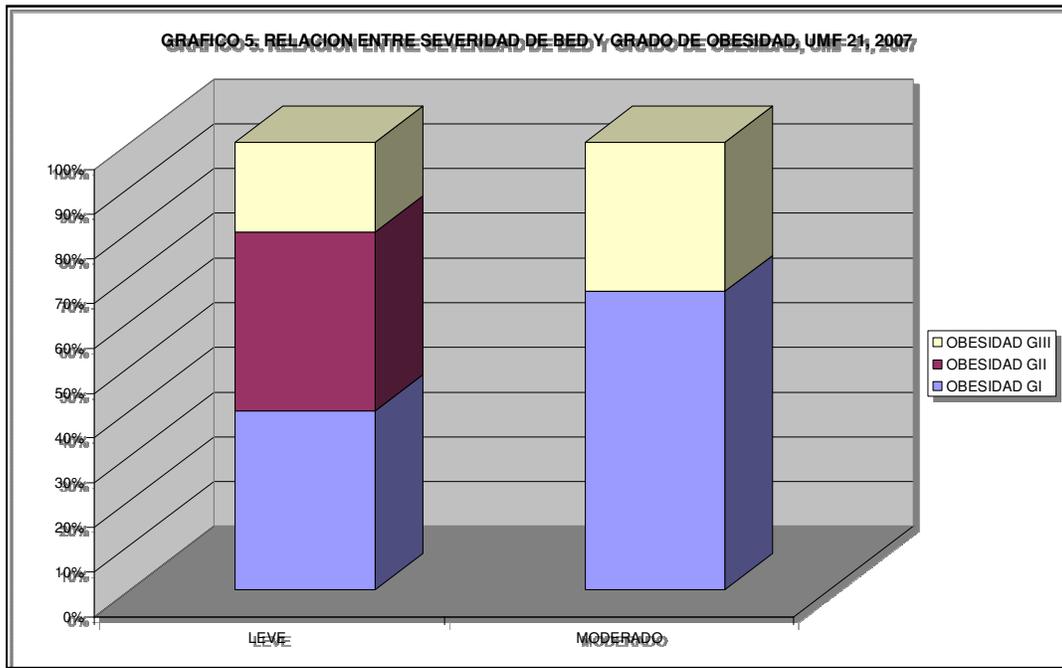
De acuerdo al grado de severidad del Binge- Eating Disorder, se encontraron 5 pacientes dentro del rango leve de la enfermedad; mientras que las 3 pacientes restantes fueron catalogadas dentro del rubro de enfermedad moderada. No fueron identificadas pacientes con BED de grado severo.

TABLA 4. SEVERIDAD DE BED, UMF 21, 2007	
GRADO	NUM CASOS
LEVE	5
MODERADO	3
SEVERO	0
TOTAL	8



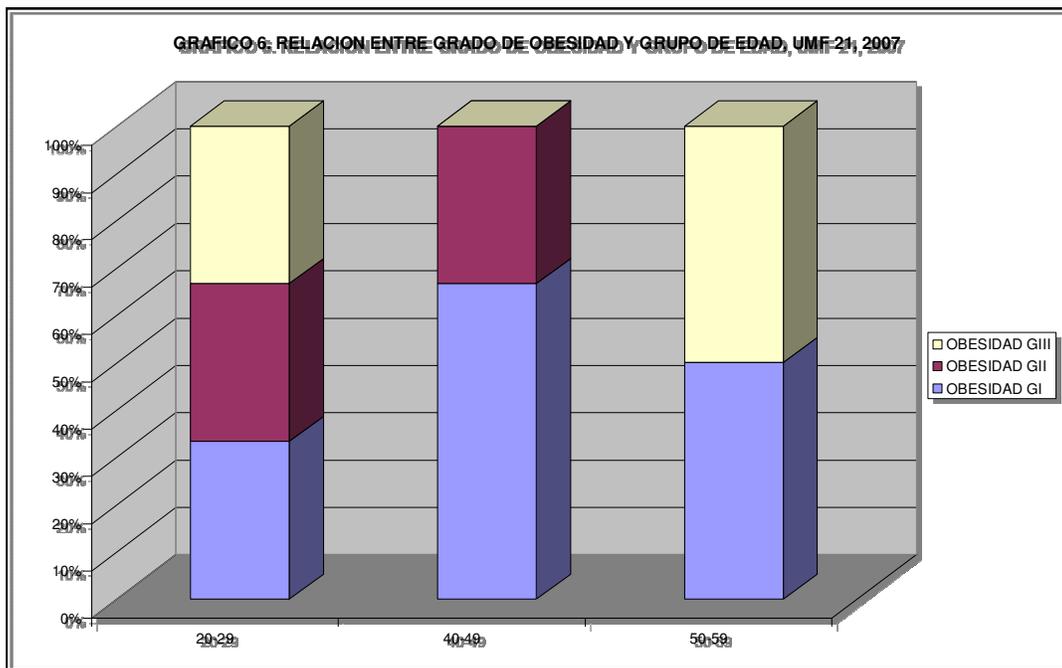
De acuerdo la grado de severidad encontrado, se realizó un análisis del tipo de obesidad presentada por las pacientes. En el BED leve se identificaron a 2 pacientes con obesidad de primer grado (40%), 2 pacientes con obesidad de segundo grado (40%) y 1 paciente con obesidad de tercer grado (20%). En cuanto a la categoría de BED moderada, 2 de las pacientes presentaron obesidad de primer grado (66%), mientras que 1 paciente fue encontrada con obesidad de tercer grado (33%).

GRADO	OBESIDAD GI	OBESIDAD GII	OBESIDAD GIII	TOTAL
LEVE	2	2	1	5
MODERADO	2	0	1	3
TOTAL	4	2	2	8



Estableciendo el grado de obesidad de acuerdo al grupo de edad de las pacientes con BED, encontramos que la mayoría se encuentran distribuidas dentro del rango de pacientes de 20 a 29 años de edad, constando de 5 pacientes en total (62.5%): 1 paciente con obesidad GI, 1 con obesidad GII y 1 con obesidad GIII. Dentro del rango de 40 a 49 años de edad existen 2 pacientes con obesidad GI, 1 con obesidad GII y ninguna con obesidad GIII. Por último, en del rango de pacientes de 50 a 59 años de edad se detectaron, 1 paciente con obesidad GI y 1 con obesidad GIII

GRUPO DE EDAD	OBESIDAD GI	OBESIDAD GII	OBESIDAD GIII	TOTAL
20-29	1	1	1	3
40-49	2	1	0	3
50-59	1	0	1	2
TOTAL	4	2	2	8



DISCUSION

La literatura reporta incidencia del BED en la población general del 1 al 2 %, y pacientes que buscan ayuda para reducción de peso de l 20-30%, en el estudio realizado se encontró una incidencia del 7.7%, si bien la población estudiada no se encontró en grupos de reducción de peso se trata de un porcentaje importante y mayor al reportado para población general.

La mayoría de las pacientes se encontraban en el momento del estudio con obesidad GI, y solo 2 con obesidad grado III, lo cual no concuerda con la literatura la cual refiere que las pacientes con BED cuentan con historial de obesidad grave.

Por otra parte no se encontró relación directamente proporcional con el grado de obesidad y la severidad del BED, sin embargo es importante determinar esta ultima ya que de esto determinará el manejo del BED.

Se encontró solo una paciente con BED y comorbilidad (en este caso, HAS) a cual se encontraba con adecuado control, es pertinente mencionar que esta paciente tiene obesidad de tercer grado y un grado moderado del BED lo cual concuerda con la literatura analizada.

La mayoría de las pacientes detectadas con BED se encontraba el rango de 20 a 29 años de edad, lo cual es importante ya que nos resalta la importancia de hacer hincapié en buscar patologías como la estudiada en este caso, desde edades tempranas del adulto, ya que aunque no son comunes las patologías asociadas, la presencia de obesidad se convierte en un factor de riesgo para desarrollarlas posteriormente.

CONCLUSIONES

El presente estudio detectó un porcentaje importante de Binge-Eating Disorder en la población de mujeres obesas estudiadas (7.7%), sabemos que la obesidad predispone a importantes problemas de salud, y generalmente se piensa que estas pacientes presentan obesidad ya que no siguen dietas de reducción o que cuando les es indicada una dieta no la respetan de la manera ideal, sin considerarse que la obesidad pudiera estar condicionada por un trastorno alimentario con fondos de depresión y baja autoestima los cuales requieren de tratamiento especializado.

Los médicos de primer nivel estamos obligados a detectar y tratar la obesidad, sin embargo no existen diagnósticos de esta patología y se desconoce en la mayoría de los casos la manera de detectar trastornos alimentarios.

Si bien el BED, no es de los trastornos alimentarios, el más común como podría ser la bulimia nerviosa, es de suma importancia ya que estos pacientes se sienten decepcionados de si mismos con la manera de llevar acabo dietas de reducción, si no somos capaces de detectarlos estaremos fomentando este circulo vicioso de atracón-aumento ponderal-atracón, y pasaremos por alto un diagnóstico psiquiátrico que requiere tratamiento de segundo nivel.

SUGERENCIAS

Es conveniente detectar pacientes con historial de obesidad y de mal manejo de dietas de reducción y preguntarles, si tienen periodos de atracón, de ser afirmativa la respuesta, preguntar la frecuencia de los mismos, de contestar que se realizan dos veces por semana en los últimos 6 meses se deberá aplicar el cuestionario de Criterios para el Trastorno por atracón del DSM-IV en caso de ser positivo, debiera referirse a segundo nivel para complementación diagnóstica y de ser necesario manejo de la patología.

ANEXOS

Anexo 1

CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN

- ❖ Episodios recurrentes de atracones, que se caracteriza por:
 - 1.- Ingesta en un corto periodo de tiempo (dos horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares
 - 2.- Sensación de la pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuanto esta comiendo)

- ❖ Los episodios de atracón se asocian a tres o más de los síntomas siguientes:
 1. Ingesta mucho más rápido de lo normal
 - 2.- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
 - 3.- Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
 - 4.- Comer a solas par esconder su voracidad
 - 5.- Sentirse a disgusto consigo mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón

- ❖ Profundo malestar al recordar los atracones
- ❖ Los atracones tienen como media al menos dos días a la semana durante seis meses

Los atracones no se asocian a estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayunos, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa.

Anexo 2

CUESTIONARIO DE TRASTORNO POR ATRACÓN

Lea con cuidado cada una de las oraciones de cada grupo y marque con una equis (X), la que mejor describa como se siente.

GRUPO 1

- 1.-No resiento preocupada de mi peso o mi talla cuando estoy con otros
- 2.-Me siento preocupada de cómo luzco para los demás, pero normalmente esto no me hace sentirme decepcionada de mi misma
- 3.-Me siento preocupada acerca de mi apariencia y peso y esto me hace sentir decepcionada de mi misma
- 4.- Me siento muy preocupada acerca de mi peso y frecuentemente siento una pena intensa y disgusto por mi mismo. Trato de evitar contactos sociales debido a mi preocupación por mi apariencia

GRUPO 2

- 1.-No tengo ninguna dificultad para comer lentamente y de manera adecuada
- 2.-Aunque parece que “devoro” la comida no termino sintiéndome “lleno” por haber comido mucho
- 3.-Algunas veces como muy rápido y después me siento incómodamente lleno
- 4.-Siempre o casi siempre me paso la comida sin mastigarla y cuando esto me pasa me siento incómodamente “llena” por que he comido demasiado

GRUPO 3

- 1.-Me siento capaz de controlar mis ganas de comer cuando yo quiero
- 2.-Siento que he fallado en controlar mi alimentación más que una persona promedio
- 3.- Me siento incapaz de controlar mis ganas de comer
- 4.- Me siento desesperada porque no soy capaz de controlar mi manera de comer

GRUPO 4

- 1.-No acostumbro comer cuando estoy aburrida
- 2.-ALGUNAS VECES me pongo a comer cuando estoy aburrida, PERO SIEMPRE O CASI SIEMPRE soy capaz de mantenerme ocupada y dejar repensar en comida
- 3.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE me pongo a comer cuando estoy aburrida, PERO ALGUNAS VECES puedo hacer otra actividad para dejar de pensar en la comida
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE me pongo a comer cuando estoy aburrida y nada me parece ayudar a romper este hábito

GRUPO 5

- 1.-GENERALMENTE como cuando me siento físicamente con hambre
- 2.-ALGUNAS VECES como algo impulsivamente a pesar de que no tengo hambre
- 3.-MUCHAS VECES como cosas que realmente no disfruto para satisfacer mi sensación de hambre a pesar saber físicamente no necesito comer en este momento
- 4.-A pesar de que físicamente no tengo hambre, tengo una sensación de hambre, tengo una sensación de hambre en mi boca que sólo es satisfecha comiendo cosas que me llenan la boca, como un sándwich. Cuando hago esto, algunas veces escupo la comida para no engordar

GRUPO 6

- 1.-No siento culpa ni me odio después de comer de más
- 2.-A VECES siento culpa o me odio después de comer de más
- 3.-SIEMPRE OI CASI SIEMPRE siento culpa o me odio después de comer de más

GRUPO 7

- 1.-Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, puedo volver a controlar mi forma de comer
- 2.- Cuando hago dieta y la rompo comiendo algo “prohibido”, ALGUNAS VECES siento que “me equivoqué” y como aún más
- 3.- Cuando hago dieta y la rompo porque como de más, MUCHAS VECES siento que “cometí un error” y como aún más
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE hago dieta y la rompo porque tengo un atracón. Parece que mi vida transcurre entre “atracones” y tener “hambre”

GRUPO 8

- 1.-MUY POCAS VECES O NUNCA como tanto como para sentirme satisfecho
- 2.-ALGUNAS VECES, aproximadamente 1 vez al mes, como tanto que al final termino sintiéndome muy “llena”
- 3.-MUCHAS VECES durante el mes tengo periodos donde como grandes cantidades de comida, ya sea a la hora de la comida o entre comidas
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE como tanta comida que me siento incomoda al acabar de comer, y a veces con un poco de náuseas

GRUPO 9

- 1.-Mi ingesta de calorías no es muy baja ni muy alta
- 2.-ALGUNAS VECES después de comer demasiado, trato de disminuir mi ingesta de calorías casi a cero para compensar el exceso que había comido
- 3.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE como demasiado durante la noche. Generalmente no tengo hambre durante el día pero como demasiado en la noche
- 4.-Durante mi vida adulta hay semanas en que tengo largos periodos donde prácticamente me mato de hambre y luego como de más. Parece que mi vida transcurre entre “atracones” y tener “hambre”

GRUPO 10

- 1.-Normalmente soy capaz de parar de comer cuando yo quiero. Sé cuando: “suficiente es suficiente”
- 2.-ALGUNAS VECES me da compulsión por comer y parece que no puedo controlar mi manera de comer
- 3.-MUCHAS VECES me da una urgencia por comer y pareciera que no la puedo controlar, pero otras veces si la puedo controlar
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE me siento incapaz de controlar mi urgencia de comer. Tengo miedo de no poder parar de comer cuando yo quiera

GRUPO 11

- 1.-No tengo ningún problema de parar de comer cuando me siento “llena”
- 2.-Puedo de parar de comer cuando me siento llena, pero A VECES como demasiado y siento “muy llena”
- 3.-MUCHAS VECES tengo el problema para parar de comer y me siento incómodamente “llena”
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE soy incapaz de para de comer cuando yo quiero y algunas veces ha sido necesario inducirme el vomito, usar laxantes o diuréticos para aliviar mi sensación de estar “muy llena”

GRUPO 12

- 1.-Como lo mismo cuando estoy con otros (familia, reunión social) que cuando estoy sola
- 2.-ALGUNAS VECES cuando estoy con otras personas no como tanto como quisiera porque me siento preocupada acerca de mi forma de comer
- 3.-MUCHAS VECES como pequeñas cantidades de comida cuando hay gente a mi alrededor porque me siento avergonzado de mi forma de comer
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE me siento muy avergonzado por comer de más y elijo tiempos para comer de más cuando sé que nadie puede verme. Me siento como “un tragón de closet”

GRUPO 13

- 1.-Hago tres comidas al día y SOLO ALGUNAS VECES como bocadillos entre comidas
- 2.- Hago tres comidas al día, pero MUCHAS VECES como bocadillos entre estas
- 3.-Cuando como muchos bocadillos me salto las comidas regulares
- 4.-Hay períodos que parece que estuviera comiendo todo el tiempo, sin ninguna comida planeada

GRUPO 14

- 1.-No pienso mucho acerca de tratar de controlar comer cosas que en realidad no deseo
- 2.-ALGUNAS VECES pienso acerca de tratar de controlar mi urgencia por comer
- 3.-MUCHAS VECES paso mucho tiempo pensando acerca de cuanto comí o acerca de tratar de comer de más
- 4.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE estoy pensando en “comer o no comer”. Siento que vivo para comer

GRUPO 15

- 1.-No pienso que la comida sea “lo más importante”
- 2.-Tengo antojos fuertes de comida, pero sólo por periodos cortos de tiempo
- 3.-HAS DÍAS que parece que no puedo pensar en otra cosa que no sea la comida
- 4.-LA MAYORÍA DE LOS DÍAS estoy preocupado acerca de la comida. Siento como si viviera para comer

GRUPO 16

- 1.-SIEMPRE O CASI SIEMPRE puedo distinguir si estoy físicamente hambriento o no. Como lo suficiente para satisfacerme
- 2.-A VECES me siento inseguro de saber si estoy físicamente hambriento o no. Cuando pasa esto me es difícil saber que tanto debo comer para satisfacerme
- 3.-Aunque pienso que debería saber cuántas calorías debo comer, no tengo ni la menor idea cual es la cantidad ideal para mí

Anexo 4

CUESTIONARIO PARA PATOLOGIA ASOCIADAS

- 1.- ¿Sabe si tiene el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2?
- 2.- ¿Recuerda la cifra de glucosa de su último control?
- 3.- ¿Sabe si tiene el diagnóstico de Hipertensión Arterial?
- 4.- ¿Recuerda la cifra de tensión arterial de su último control?

Anexo 5

A quien corresponda:

Yo -----declaro libre y voluntariamente que acepto participar en la investigación de la Incidencia del Trastorno de atracón en la UMF No. 21

Para lograr el objetivo mencionado, contestare el cuestionario que consta 5 preguntas una de ellas con 5 reactivos, posteriormente un segundo cuestionario de 16 reactivos cada uno con 3 a 4 preguntas.

Conociendo también los beneficios de dicho proyecto, quedando en la conformidad de que se mantenga la discreción de los resultados.

Se me informó que no corro ningún riesgo y que los beneficios son meramente de investigación.

Firma -----

Fecha -----

BIBLIOGRAFIA

1. ZUÑIGA PO, Cols. Evaluación del trastorno por atracón en la población mexicana: Traducción y propiedades psicométricas de la versión en español del cuestionario por atracón.
2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006, 44 (Supl 1): S55-62
3. SPITZER RL: Binge eating disorders. A multisite field trial of the diagnostic criteria. International Journal of Eating disorders, 11:191-203, 1992.
4. STUNKARD A. A History of binge eating. New York Fairburn CG, Wilson GT, eds: 1979 p.15-34
5. OBESITY RESEARCH Vol. 11 No. 2 February 2003 p. 15-201
6. Tomado de: Compumedicina.com. El trastorno por atracones, "binge eating disorder" (BED) u obesidad compulsiva
7. PSIQUIS (México), Volumen 15, No. 5 2006 p. 126-133
8. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Eating Disorders; Facts about eating disorders and search for solutions. 2001
9. AMERICAN PSYCHISTRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington. 1994
10. <http://www.general-hospital-psychiatry.com/content/3/12>
11. [http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/ca y obesidad 5.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2006/medicina/ca_y_obesidad_5.pdf)
12. Berro C. Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la salud. Volumen 2, No. 3 2002 p. 407-424.
13. Chinchilla MA. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia, bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Masson. El Sevier España. 2003.
14. Niego SH, Kofman M, Weiss JJ. Trastorno por atracón en la población de Cirugía Bariátrica: Una revisión de la literatura. International Journal of eating disorders. 2007 may; 40 (4).
15. Gempeler RJ. Trastorno por atracones. ¿Entre los trastornos de la conducta alimentaria y de obesidad? Una mirada cognoscitiva

- comportamental. Revista Colombiana de Psiquiatría. Volumen 34, No. 2 Bogotá Apr/June 2003.
16. Barrera E, Saucedo D. Comorbilidad de la obesidad con los Trastornos de la Conducta alimentaria. Revista de Investigación Clínica 2003; 55(5):535-545.
 17. Saldaña GC. Trastornos Psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. Psicotherma, ISSN 0214-9915, Volumen 13, No. 3 2001 p 381-392
 18. Sanchez Plahell L. Trastorno por atracón y obesidad. Nutrición y Obesidad. 2002 Nov; 5(6).
 19. Wiksch S, Wade T. Diferencias entre mujeres con Anorexia nerviosa y comedoras restrictivas en cuanto a las preocupaciones por la figura y el peso, la autoestima y la depresión. International Journal of eating Disorders. 2004 May; 35 (4): 571-578.
 20. Perez HP. Gastañaday MJ. Valoración psicológica y Psiquiátrica de los candidatos a Cirugía Bariátrica