



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**INTERVENCIÓN BASADA EN ATENCIÓN PLENA SOBRE DEPRESIÓN Y
ATRACÓN EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA**

TESIS

Que para optar por el grado de:
Maestro en Psicología

PRESENTA:

JUAN MANUEL SANTIAGO MALDONADO

TUTOR:

Dra. Ana B. Moreno Coutiño
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ:

Dr. Juan José Sánchez-Sosa

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

Dra. Claudia Unikel Santoncinni

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

Dr. Héctor R. Velázquez Jurado

*INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR
ZUBIRÁN"*

Dra. Nancy Caballero

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

MÉXICO, D.F., MAYO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**Nunca pienses que el conocimiento que ahora posees
es inmutable y absolutamente verdad...
la verdad se fundamenta en la vida,
no solo en el conocimiento conceptual.
Disponte a estar aprendiendo durante toda la vida
y a observar a un tiempo tu realidad y la del mundo.**

-Thich Nhat Hanh

**La mente es la clave para perder peso
Si la mente está satisfecha,
El cuerpo deja de anhelar tanta comida**

-Deepak Chopra

**Si pudiera elegir entre el budismo y la paz,
elegiría la paz**

-Thich Nhat Hanh

AGRADECIMIENTOS

A mis padres María Guadalupe Maldonado (Karen) y Miguel Santiago (Luis)
Sin duda el más grande apoyo e impulso en todo este proceso. Me faltan las palabras para expresar toda la gratitud hacia ustedes, espero poder expresar mi agradecimiento con actos.

A Mario y Rosario, por sus consejos, comprensión y cuidados, de alguna manera son una guía para mí.

A Mauricio y Daniela, nunca pierdan esa gracia y emprendimiento que me ha motivado constantemente.

A Michelinne Alejandra Avilés Gómez, ha sido largo y pezaroso el trayecto en los últimos años, pero sin duda ha valido el esfuerzo al estar a tu lado en casi todo momento, concluyendo e iniciando nuevos proyectos. Continuemos unidos y avanzando. Te amo.

A la Dra. Ana Moreno, por ser clave para mi conocimiento sobre la atención plena, por su excelente guía y amistad otorgadas.

Al Dr. Juan José Sanchez-Sosa, por continuar formándome, por todo el apoyo profesional que me ha y me sigue brindando, por su amistad y apoyo constante.

Al Dr. Héctor Velázquez gracias por tu amistad y confianza.

A la Dra. Claudia Unikel, por el apoyo y depositar su confianza en esta investigación aun sin tener mucho tiempo de conocernos.

A la Dra. Nancy Caballero, por ayudarme a encontrar una forma y estructura para este trabajo.

A la familia Avilés Gómez, gracias por el recibimiento y todo el apoyo otorgado en los últimos años, se volvieron una parte importante en mi vida.

A mi abuela Socorro Márquez, te quiero mucho.

A mis ti@s Rosy, Angélica, José Juan, Ricardo, Verónica y Eva.

A mis todos mis prim@s.

A Diego Velázquez, por ayudarme a encontrar la motivación para iniciar y concluir este proyecto, gracias amigo.

A Carlos Couto uno de mis mejores amigos, gracias por la ayuda en los últimos detalles de este trabajo y por todo.

Carlos Andrés Vallejo, uno de mis más grandes amigos de carrera y vida, gracias por tu amistad.

A Tania Hernández, por tu compartir, ser y estar.

A Julia, por tu compartir y escuchar durante los últimos años.

A Marissa, aunque los tiempos no nos permitan convivir tanto, sé que seguimos apoyándonos.

A Javier, Pablo, Oscar y Miguel, de mis mejores amigos de la secundaria y actuales, espero seguir conservando su amistad.

Al todo el equipo de la clínica de Obesidad por facilitar mi aprendizaje y proporcionar los medios para elaborar este proyecto. Gracias a Maru y Zarina por el apoyo, la amistad y hacer más agradable y soportable toda la estancia en la clínica.

A Oscar Arango por ser un medio hábil en mi conocimiento de una distinta filosofía de vida.

A Guadalupe Pérez (Lupis) por tu amistad, tu compartir y darme la oportunidad de aprender junto a ti, excelente compañera de trabajo.

A Israel Balderas, gracias por compartir tus ideas, conocimiento y los ratos de diversión.

A mis compañeros de maestría.

A Alondra y Derek Santiago, por todo lo que tienen por delante. La vida es suya.

A todas aquellas personas gracias a las cuales pude continuar con mi quehacer profesional y personal.

Índice

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	1
Capítulo I. Sobrepeso y Obesidad como problema de salud pública	3
Capítulo II. Etiología y factores asociados al desarrollo y mantenimiento de la obesidad	8
Factores biológicos.....	8
Factores ambientales.....	8
Factores emocionales.....	9
Capítulo III. Obesidad y psicopatología	10
Depresión	11
Trastorno por atracón	12
Capítulo IV. Tratamiento de la obesidad	18
Tratamientos psicológicos-conductuales	21
Capítulo V. Tratamientos para enfermedades psiquiátricas comórbidas con la obesidad	23
Tratamiento del trastorno por atracón	23
Atención plena	24
Compasión.....	27
Tratamientos para la depresión	30
Fundamentación de los estudios.....	31
Capítulo VI	33
Estudio I Diseño de un test psicológico para medir conducta de atracón e ingesta emocional	35
Método	36
Diseño.....	36
Participantes	36
Criterios de Inclusión.....	37
Procedimiento	38

Resultados	39
Sugerencias clínicas y para estudios posteriores	49
Estudio 2 Intervención de atención plena sobre atracón y depresión	50
Método	52
Diseño	52
Población de estudio:.....	52
Participantes	54
Medición.....	54
Procedimiento:	56
Resultados	60
Depresión	60
Ingesta emocional	62
Calidad de Vida.....	64
Discusión	71
Sugerencias para estudios posteriores	71
Referencias	74
Anexos	91

Índice de tablas y figuras

Figura 1. Personas con sobrepeso a nivel mundial.....	5
Figura 2. Tipos de obesidad en México.....	6
Figura 3. Sobrepeso y obesidad en México por sexo.....	7
Figura 4. Diagrama manga gástrica	19
Figura 5. Diagrama by-pass gástrico.....	20
Figura 6. Resultados depresión.....	60
Figura 7. Resultados atracón	61
Figura 8. Resultados ingesta emocional	62
Figura 9. Calidad de Vida participante uno	64
Figura 10. Calidad de vida participante dos	65
Figura 11. Calidad de vida participante tres	66
Figura 12. Calidad de vida datos cualitativos	67
Figura 13. Resultados peso.....	68
Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.....	37
Tabla 2. Puntajes interjueces diseño del instrumento	40
Tabla 3. Discriminación de puntajes altos y bajos.....	43
Tabla 4. Estructura factorial ICA.....	44
Tabla 5. Valores generales ICA.....	46
Tabla 6. Datos antropométricos participantes ICA	46
Tabla 7. Puntos de corte ICA.....	47
Tabla 8. Programa de intervención de atención plena y compasión.....	56
Tabla 9. Tamaño del efecto (índice NAP)	63
Tabla 10. Correlación variables participante uno	69
Tabla 11. Correlación variables participante dos.....	69
Tabla 12. Correlación variables participante tres	70

Resumen

La obesidad es definida como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y se clasifica de acuerdo a su gravedad en grado I, II y III, además se asocia con diversas enfermedades físicas y psicopatologías. México se considera el país con mayor índice de obesidad (siete habitantes por cada diez, [SSA, 2012]). Médicamente es tratada mediante la cirugía bariátrica que es considerada el mejor tratamiento disponible actualmente para casos extremos.

Para dar preparación pre-quirúrgica requerida por guías clínicas, disminuir costos para pacientes, familiares de los pacientes, terapeutas e institucionales, se diseñó una intervención de atención plena y compasión, para probar su efectividad en el tratamiento de depresión y trastorno por atracón en pacientes con obesidad a partir de dos estudios: el primero tuvo por objetivo diseñar y validar un instrumento de medición para conducta de atracón e ingesta emocional (ICA). El instrumento obtuvo una consistencia interna $\alpha = .905$ y dos factores independientes.

El segundo estudio evaluó una intervención de atención plena y compasión de diez sesiones para el tratamiento de depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Se realizó un diseño $n=1$ con dos réplicas, los tres participantes obtuvieron mejoras en ambos padecimientos con un tamaño del efecto de moderado-grande de acuerdo al índice NAP, considerándose así una intervención efectiva para dichos trastornos.

Una limitación del estudio fue el tamaño pequeño de n , finalmente se sugiere aplicar dicha intervención de forma grupal, medición de atención plena, compasión y variables fisiológicas asociadas.

Palabras clave: *atención plena, compasión, depresión, atracón, cirugía bariátrica, obesidad*

Abstract

Obesity is defined as abnormal or excessive fat accumulation that can be harmful to health and is classified according to its severity grade I, II and III also associated with various physical and psychopathology diseases. Mexico is considered the country with the highest rate of obesity (seven out of ten inhabitants, [SSA, 2012]). Medically it is treated by bariatric surgery which is considered the best treatment currently available for extreme cases.

To pre-surgical preparation required by clinical guidelines and to lower costs for patients, their relatives, therapists and institutions, a mindfulness and compassion intervention was designed to test its effectiveness in treating depression and binge eating disorder patients with obesity in two studies. In the first study the objective was to design and validate a measuring instrument for binge eating behavior and emotional eating. The instrument obtained an internal consistency $\alpha = .905$ and two independent factors.

The second study evaluated an intervention mindfulness and compassion of ten sessions for the treatment of depression and binge eating in bariatric surgery candidates. A design $n = 1$ was performed with two replicas, the three participants obtained improvements in both conditions with moderate effect size-large according to the NAP index, and so be an effective intervention for these disorders.

One limitation of the study was the small size of n , finally is suggested to apply the intervention to a group, measuring mindfulness, compassion and physiological variables associated. Keywords: *mindfulness, compassion, depression, binge eating, bariatric surgery, obesity, emotional eating.*

Introducción

Dentro del Hospital general “Dr. Manuel Gea González” se encuentra la clínica de obesidad, la cual se encarga de dar tratamiento a pacientes con obesidad que requieran atención quirúrgica por medio de *by-pass* gástrico, manga gástrica e intervenciones no-quirúrgicas como el balón intragástrico. Las intervenciones se realizan con base en evidencia científica actualizada para dar atención a dichos pacientes.

La atención la instrumenta un equipo multidisciplinario con amplia experiencia en el tratamiento de pacientes con obesidad grado I, II y III (Secretaría de Salud [SSA], 2015a)

El paciente que desea tener tratamiento para la obesidad pasa por un periodo pre-operatorio durante el cual asiste con los diversos especialistas de las áreas de cirugía, endocrinología, nutrición, psicología, psiquiatría y cardiología, con la finalidad de prepararlos para un cambio en estilos de vida y aumentar las posibilidades de tener mayor éxito post-quirúrgico. Esta serie de intervenciones también busca promover una educación para un estilo de vida saludable de por vida.

Prácticamente todos los pacientes son personas con un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m², personas que se han sometido a diversos intentos previos por perder peso sin tener éxito, y están decididos a realizarse un procedimiento endoscópico o quirúrgico. Normalmente comprenden que no se trata de una cirugía estética, muestran disposición para el procedimiento pre-quirúrgico con duración de 3-6 meses y a realizar un cambio de vida permanente.

Durante este periodo, todo el equipo de profesionales de la salud se encarga de dar seguimiento a los pacientes en el proceso pre-quirúrgico y si tienen una evolución favorable (como consciencia de enfermedad, disminución de peso, apego al tratamiento y remisión de psicopatologías) entonces se procede a realizar el procedimiento quirúrgico.

Una vez realizado el procedimiento se tiene un seguimiento a tres y seis meses posteriores a la operación y seguimientos periódicos prácticamente vitalicios (SSA, 2015a).

Los procedimientos quirúrgicos practicados con mayor frecuencia son el *bypass* gástrico y la manga gástrica, para poder realizarse dicho procedimiento, la psicología juega un papel sumamente importante, como ya se mencionó, los candidatos deben cubrir una serie de recomendaciones pre-quirúrgicas así como tener un tratamiento de psicopatologías ya que de lo contrario pueden tener consecuencias negativas para dichos procedimientos quirúrgicos.

El presente trabajo pretende dar una perspectiva general de la importancia de atender la obesidad como una de las principales enfermedades a nivel mundial así como dos de las comorbilidades psiquiátricas más comunes: la depresión y el trastorno por atracón en pacientes que son candidatos a cirugía bariátrica, proponiendo un nuevo tratamiento basado en atención plena y compasión para el la atención de dichas psicopatologías.

Para comprobar los efectos de un tratamiento de atención plena y compasión se realizaron dos estudios, el primero de ellos tuvo la finalidad de diseñar, confiabilizar y validar un cuestionario para medir conducta de atracón e ingesta emocional, medidas que resultan indispensables para medir la efectividad del tratamiento.

El segundo estudio muestra los efectos de una intervención basada en atención plena y tuvo el propósito de disminuir el trastorno por atracón, la depresión y mejorar la calidad de vida en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Finalmente se evalúa el efecto de la intervención y se da una perspectiva general de los principales hallazgos del estudio presente.

Capítulo I

Sobrepeso y Obesidad como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto que la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para poder determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad se utiliza un indicador llamado Índice de Masa Corporal (IMC) el cual indica una relación entre el peso y la estatura. Se calcula dividiendo el peso de la persona (en kilogramos) sobre el cuadrado de su altura (en metros). Se considera sobrepeso un IMC de 25 a 29.9; de 30 a 34.9 obesidad grado I; de 35-39.9 obesidad grado II; e igual o mayor a 40, obesidad grado III (OMS, 2015b).

La obesidad además de ser una enfermedad en sí misma, trae consigo diversos problemas como disminución de expectativa y calidad de vida (Secretaría de Salud [SSA], 2015b) y es un factor de riesgo para padecer otro tipo de enfermedades como las cardiovasculares (Medrano, Serrato, Boix & Rodríguez, 2005) diabetes tipo II (García et al. 2007) anemia, osteoporosis, dislipidemias, entre muchas otras.

De acuerdo con su grado, la obesidad está asociada a mayores complicaciones, entre mayor IMC, mayor riesgo para la salud; en el año 2000 la obesidad grave fue considerada por la OMS como la segunda causa de muerte prevenible, sólo después del tabaquismo (OMS, 2000).

Actualmente no se tienen cifras exactas sobre el gasto público que representa la obesidad; sin embargo, en el año 2000, la OMS estimó que se destinaban del dos al siete por ciento del gasto público mundial y para el año 2010 se estimaba que en México debían ser canalizados al menos 190 millones de pesos para atender los problemas de salud asociados con la obesidad, lo que representaba en dicho año la mitad del presupuesto de todas las instituciones públicas de salud en el país, el aumento en las cifras de personas que padecen obesidad supone un incremento similar en el gasto público (García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León & Gálvez-González, 2010).

Epidemiología

En los últimos años las enfermedades crónicas no transmisibles han ido en aumento y afectan a la mayor parte de la población mundial. Particularmente la obesidad se ha visto en aumento día a día.

Desde inicios del siglo XXI, la obesidad ha sido un foco de atención y ha sido tema de investigación científica, reviste tal importancia, que a partir de dicha enfermedad se han impulsado diversas políticas de salud a nivel mundial y especialmente en México; sin embargo la efectividad de éstas políticas no ha tenido los resultados esperados ya que continúan en aumento las estadísticas (OMS, 2015a).

Durante el año 2014 había más 1.9 billones de adultos con sobrepeso y más de 600 millones que padecían obesidad (figura 1), esta cantidad representa aproximadamente al 13% de la población mundial y de acuerdo con cifras del año 2013, éstas prácticamente se han duplicado, superando así la expectativa proyectada, indicando que, de no realizar acciones en contra de la obesidad, ésta continuará aumentando exponencialmente (OMS, 2015a).

Figura 1. Personas con sobrepeso a nivel mundial de acuerdo con la OMS (2015).

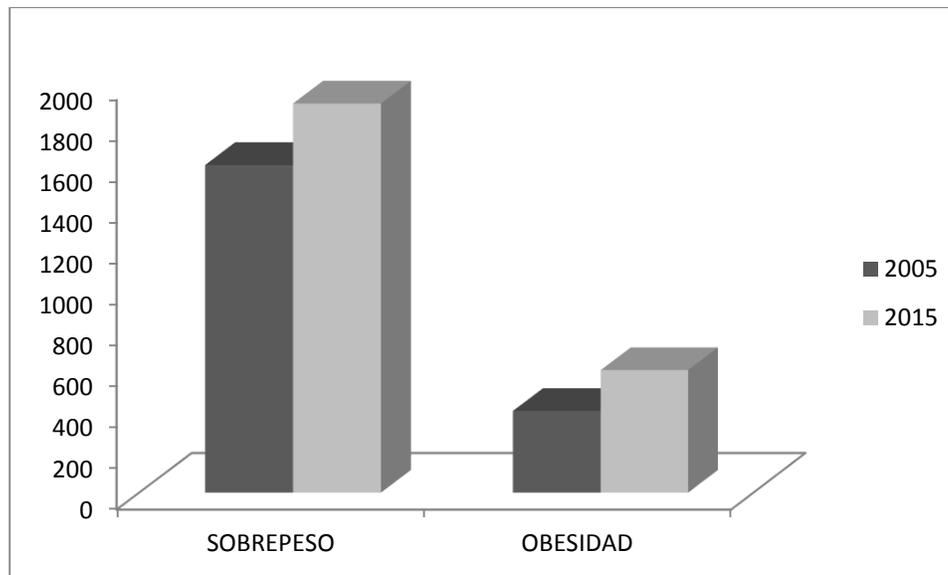


Figura 1. Cifras expresadas en millones de personas, datos tomado de “10 datos sobre obesidad” (OMS,2015b). Se puede apreciar el incremento de personas que padecen sobrepeso y obesidad del año 2005 al año 2015.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) en el año 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad para adultos fue de 71.28% (cantidad que representa a 48 millones de personas aproximadamente), estos datos indican que de cada 10 personas adultas, tres padecen sobrepeso y 4 obesidad siendo 32.4% para la obesidad y 38.8% para el sobrepeso. De estos porcentajes, 4.09% representa a la población con obesidad mórbida del país (Figura 2).

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) México ocupa el primer lugar en sobrepeso (70% de la población) y obesidad (30% de la población) a nivel mundial (SSA, 2015b); OCDE, 2015).

Figura 2. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en México de acuerdo a sus grados y sexo.

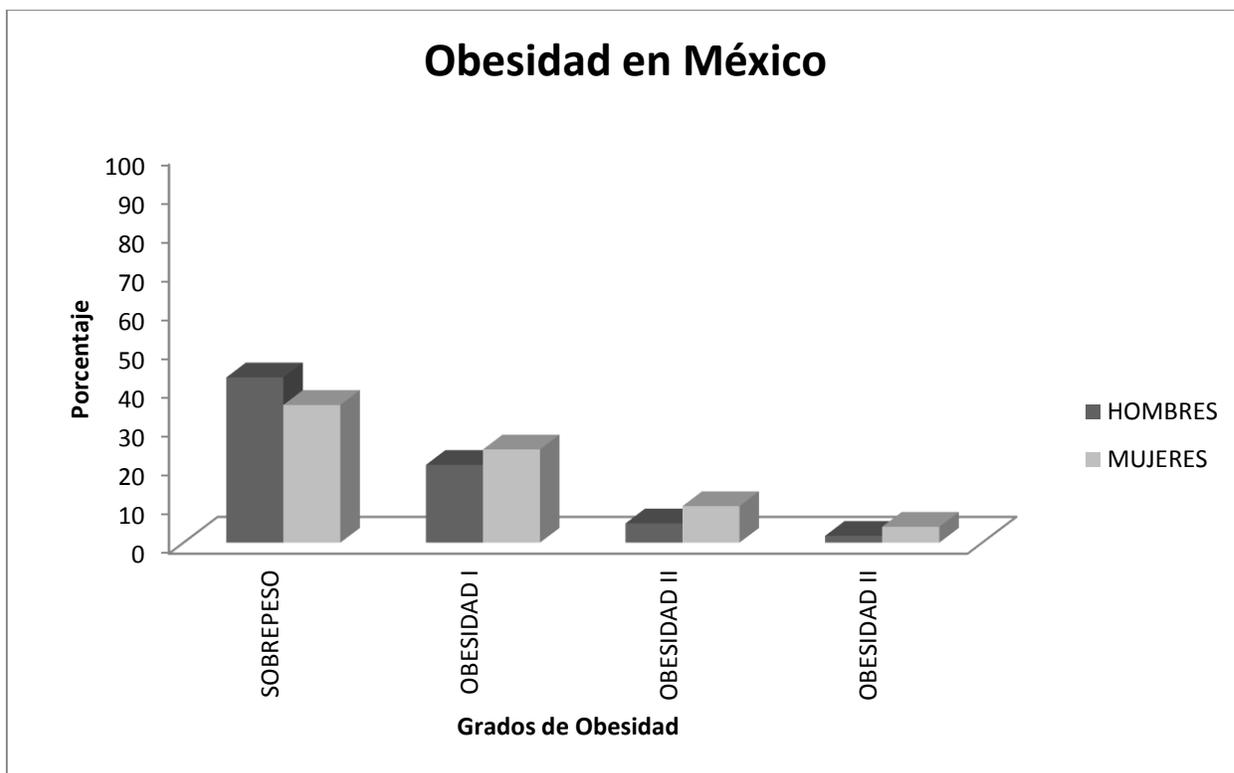


Figura 2. Datos tomados de ENSANUT (SSA, 2012). La figura muestra el porcentaje de la población en México que padecen sobrepeso y obesidad de acuerdo al sexo. Se puede apreciar que hay mayor número de hombres con sobrepeso y mayor número de mujeres con obesidad en los tres grados.

Figura 3. Porcentaje de la población mexicana con sobrepeso y obesidad.



Figura 3. Porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en México. Datos tomados de ENSANUT (2012). Aproximadamente el 70% de la población padece de sobrepeso u obesidad. Los porcentajes incluyen la suma de ambas enfermedades

Capítulo II

Etiología y factores asociados al desarrollo y mantenimiento de la obesidad

En la obesidad, existe un desequilibrio entre las calorías que se consumen y las que se gastan, por tanto la mala distribución entre gasto y consumo energético la que se considera la principal causa de dicha enfermedad (OMS, 2015b), sin embargo, actualmente se acepta la postura de que es una enfermedad multifactorial, constituida por factores biológicos, sociales y psicológicos (Hernández-Jiménez, 2004).

Factores biológicos

Dentro de los factores biológicos se encuentran los genéticos ya que se han estudiado diversos genes involucrados en la conservación de grasa y calorías (Canizales-Quinteros, 2008) y factores fisiológicos, especialmente aspectos metabólicos y alto peso al nacer (Burrows, et al., 2001; Kishi & Elmquist, 2005). Algunos estudios han propuesto que en México existe mayor predisposición genética (Durazo, Barquera, Lazo, Franco & Cooper, 2008).

Sin embargo, aun no se ha establecido un porcentaje específico para el peso del factor biológico ya que varía de 20 a 80% dependiendo el estudio.

Factores ambientales

Los factores ambientales más estudiados y con mayormente asociados con la obesidad, son la ingesta calórica y la falta de actividad física. En contraste con los factores genéticos, los estudios estiman que la ingesta calórica y actividad física son los causantes de la obesidad, explicando de un 60-70% (Bouchard, Desprès & Mauriege, 1993), si bien dicho porcentaje puede variar según los estudios, se ha aceptado el gran impacto de estos factores en el desarrollo de la obesidad.

El aumento de consumo de alimentos con alto contenido calórico, poco consumo de frutas y la falta de actividad física han sido un gran factor causante de la obesidad aún en personas que no tenían predisposición genética, (Hernández-Jiménez, 2004; Morales, 2010). Dejar de fumar suele asociarse con el aumento de peso, dicho efecto es apoyado por estudios en modelos animales (Marínez de Morentin, et al., 2012) así como mayor número de horas viendo televisión fue asociado con mayor consumo de azúcar y sobrepeso (López, del Pilar & Macarena, 2012), dichos factores funcionan como mediadores con mayor consumo calórico y disminución del gasto energético (actividad física).

Factores emocionales

Existen diversos estudios que mencionan a los estados emocionales como predisponentes del desarrollo de la obesidad. Por ejemplo, Lowe y Levine (2005) mencionan que ciertos tipos de sobreingesta, especialmente la conducta de atracón, pueden ser el resultado de intentos por regular las emociones de las personas, dicha situación favorece el aumento del peso derivados de este tipo de conductas y representan una dificultad en la percepción de saciedad.

Por otro lado, en un estudio de laboratorio, Pollert et al. (2013) reportan una relación significativamente positiva entre las emociones negativas, la pérdida de control en la ingesta de alimentos y el aumento de kilocalorías consumidas. Otros autores apoyan la idea de la gran influencia en la elección de alimentos así como una relación entre mayor IMC e ingesta motivada por las emociones (Sánchez & Pontes, 2012), por tanto la participación de las emociones en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad parece ser de gran importancia.

Dadas las investigaciones alrededor del tema y la evidencia científica reciente, resulta imposible establecer una relación causal entre la obesidad y algún factor determinado, por otro lado se ha demostrado que se trata de una enfermedad multicausal, entre los principales componentes está la nutrición, actividad física, factores psicosociales y psicológicos, por tanto su tratamiento requiere en enfoque multidisciplinario.

Capítulo III.

Obesidad y psicopatología

Además del impacto en la salud física de la persona, la obesidad se asocia a diversos trastornos del estado del ánimo.

De acuerdo con Alvarado, Guzmán y González (2005) la obesidad es el resultado de factores genéticos, ambientales y psicológicos, siendo especialmente importantes estos últimos. Niveles altos de estados de ánimo negativos como ansiedad, depresión, miedo e inseguridad producen obesidad de acuerdo con dichos autores.

La presencia de psicopatologías ha sido discutida ampliamente en la literatura de investigación, estudios recientes han reportado comorbilidad de obesidad con trastornos del estado del ánimo, ansiedad y abuso de sustancias (Gruca et al., 2010; Petry, Barry, Pietrzak & Wagner, 2008) así como trastornos alimentarios (Shomaker et al., 2010).

Así mismo, en una revisión de la literatura (Baile & González, 2011) se encontró que la mayoría de los artículos revisados entre el año 2007-2010 hallaron comorbilidad psiquiátrica con pacientes que padecían obesidad, entre los más comunes se encontraban las fobias, trastornos depresivos y abuso de sustancias.

Aún no queda aclarado completamente si la presencia de psicopatologías en personas con obesidad precede a ésta o es consecuencia de la misma, sin embargo, ciertamente la psicopatología y obesidad suelen ser comórbidas (Baile & González, 2011) dicha situación mengua considerablemente la calidad de vida de las personas que padecen obesidad.

Estudios recientes han demostrado como principales psicopatologías las asociadas al estrés, trastornos de alimentación (ingesta emocional y atracón), depresión y riesgo suicida así como rasgos de personalidad impulsivos (Tamayo & Restrepo, 2014).

Depresión

De acuerdo con la OMS (2015b) la depresión se considera un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza excesiva, duradera y relativamente inexplicable, pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaban, sentimientos de culpa y baja autoestima. La depresión afecta no sólo el estado de ánimo de la persona que lo padece sino que suele asociarse a problemas en el desempeño laboral o escolar de la persona, teniendo como consecuencia más grave el suicidio.

Se ha observado que los trastornos depresivos se relacionan fuertemente con la obesidad así como sintomatología ansiosa, siendo las comorbilidades psiquiátricas más comunes en éste tipo de pacientes (Legenbauer de Zwaan & Herpertz, 2011). Otros autores han relacionado la depresión en pacientes en tratamiento bariátrico (by-pass gástrico) pre operatoria con la reganancia de peso post quirúrgica en pacientes que se realizaron éste tipo de cirugía (Ryden & Torgerson, 2006; Karlsson, Taft, Ryden, Sjöström & Sullivan, 2007).

De Zwaan et al. (2011) señalan que síntomas depresivos preoperatorios predicen trastornos depresivos de 24-36 meses posteriores en personas candidatas a cirugía bariátrica, y se asociaron negativamente con la pérdida de peso.

Dada la alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, se requiere una evaluación pre-operatoria de trastornos psiquiátricos que puedan influir negativamente en los resultados y adaptación psicosocial post operatoria así como una intervención oportuna (Fabricatore, Crerand, Wadden, Sarwer & Krasucki, 2006; Wadden & Sarwer, 2006).

Trastorno por atracón

Los pacientes con obesidad suelen tener conductas alimentarias alteradas, comunes en los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente el trastorno por atracón alcanzando un 30% en pacientes con obesidad que buscan tratamiento para la obesidad y mayor en pacientes candidatos a cirugía bariátrica (Crespo & Ruiz, 2006) así como mayor ingesta en respuesta a estados emocionales (principalmente negativos).

En síntesis, un atracón, de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos en la quinta versión de su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés, APA, 2013), se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un periodo de tiempo fijo (2 horas, por ejemplo) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en ese mismo periodo de tiempo y en circunstancias similares.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

En segundo término, los atracones están asociados con tres o más de los siguientes síntomas:

1. Comer mucho más rápido de lo normal
2. Comer hasta estar “incómodamente lleno”
3. Comer grandes cantidades de comida aun sin tener la sensación de estar físicamente hambriento.
4. Comer solo por un sentimiento de vergüenza por la forma de comer.
5. Sentimiento de disgusto con uno mismo, deprimido o culpable después de comer.

C) Estrés evidente al recordar un atracón

D) Los atracones se dan en promedio una vez por semana durante al menos tres meses.

E) Hay atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa como provocarse el vómito; uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo.

En general, el cuadro descrito en este trastorno es parecido al de la bulimia nerviosa en el cual la persona experimenta ciclos de restricción y sobreingesta de grandes cantidades de alimento, presentando una pérdida de control en intervalos discretos de tiempo. Al no haber conductas compensatorias como hacer ejercicio excesivo, purgas, etc, como en la bulimia nerviosa, las personas con trastorno por atracón suelen ser obesas (Pollert et al. 2013). También existe una fuerte relación entre los episodios de atracón y el peso; se calcula que un 20-30% de las personas con sobrepeso presentan conducta de atracón (Gempeler, 2005).

Birgegard, Clinton y Norin (2013) proponen tres puntos de discusión para el trastorno de conducta de atracón:

- 1) Definición objetiva o subjetivamente del fenómeno de atracón
- 2) percepción subjetiva de la pérdida de control y
- 3) frecuencia de los atracones

1.- Definición objetiva o subjetiva: Uno de los criterios que han sido tema de debate desde la aparición del trastorno en el DSM-III es el tamaño de los atracones, ya que un principal criterio es la definición de una sobreingesta de comida en un corto periodo de tiempo, a lo cual Cooper y Fairbum (1987) crearon el *Eating Disorders Examination* (EDE) una entrevista semiestructurada para poder medir diversos trastornos alimentarios, la cual determina el grado objetivo de sobreingesta. Sin embargo, otros estudios señalan que el tamaño del atracón no es un factor significativo para la clasificación del trastorno por atracón y basta con una percepción subjetiva de la sobreingesta (Pratt, Niego & Agras, 1998; Fairbum, 1993).

2.- El constructo de pérdida de control: Pollert et al. (2013) ponen especial atención a este punto ya que es otro criterio fundamental para poder establecer un episodio de atracón y posterior diagnóstico formal como trastorno. Este autor menciona que de acuerdo con los estudios reportados, hay dos puntos de discordia, el primero es que los participantes confunden la pérdida de control con una ingesta calórica grande, es decir, después de haber consumido grandes cantidades de comida mencionan haberlo hecho por perder el control. Otros autores concuerdan con esta interpretación mencionando que la importancia de la pérdida de control no se encuentra en la definición objetiva o subjetiva sino en las implicaciones y alteraciones psicológicas reportadas después de dicho episodio como es el marcado distrés psicológico, trastornos de ansiedad, depresión, culpa, trastornos del estado del ánimo y alteraciones emocionales (Keel, Mayer y Harnden-Fischer, 2001; Mond, Latner, Hay, Owen & Rodgers, 2010; Pratt, et al., 1998).

3.- Por último, el criterio de frecuencia de los atracones ha sido discutido ampliamente desde la aparición del trastorno en el DSM-III (Wilson & Sysko, 2009), finalmente se acepta que un cambio a un episodio a la semana por al menos tres meses es un buen indicador para poder incluirse como un trastorno por atracón.

Un cuarto aspecto que no consideran Biergegard et al. (2013) es el estado de ánimo y las alteraciones emocionales negativas que experimentan las personas como consecuencia de los atracones pues la literatura de investigación señala que los pacientes obesos con este trastorno pueden experimentar sentimiento de pérdida de control y tristeza (Gempeler, 2005). La persona que presenta un atracón suele experimentar un afecto negativo, más que pérdida de control. Reportando trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad (Yavanovski, Nelson, Dubbert & Spitzer, 1993; Schultz & Laessle, 2010). Además se ha revelado que las personas con trastorno por atracón experimentan grandes niveles de afecto negativo asociado a los episodios de atracón (Greeno, Wing & Shiffman, 2000).

De esta manera se establece que el episodio de atracón está asociado con ingesta emocional (Larse van Surien, Eisinga & Engels, 2006) o un incremento en el consumo o un tipo de enfrentamiento emocional asociado al estrés psicológico experimentado. Las personas con obesidad que experimentan un episodio de atracón reportan que la ansiedad y el estrés son factores desencadenantes de un episodio de atracón (Hooker & Convisser, 1983; Jhonson & Larson, 1986; Lehman & Rodin, 1989).

A partir de los antecedentes reseñados se consideraron los siguientes factores (desencadenantes, consecuencias y síntomas) identificados que contribuyen y se asocian al trastorno por conducta de atracón.

1. Percepción subjetiva de sobreingesta
2. Estrés o angustia psicológica previo al episodio de atracón
3. Ingesta emocional
4. Ingesta sin sensación de hambre fisiológica
5. Consecuencias del episodio de atracón
6. Sensación subjetiva de pérdida de control

Calidad de vida

Como ya se mencionó, la obesidad trae consigo una serie de consecuencias negativas físicas y psicológicas. Un factor importante en el entendimiento de la obesidad son sus efectos sobre la calidad de vida.

Una de las primeras definiciones de calidad de vida que fue considerada para su estudio fue la propuesta por la OMS que la definió como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1993. pp. 153).

La calidad de vida ha sido definida de diversas maneras, dicho concepto ha cambiado a lo largo del tiempo y los diversos teóricos han puesto énfasis de acuerdo con lo que consideran relevante desde las últimas tres décadas (Cardona, Agudelo & Byron, 2005; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). A este respecto Meeberg (1993) identifica como factores comunes y relevantes al concepto de calidad de vida, la satisfacción subjetiva con la vida en general; la evaluación de las áreas relevantes de la vida; y un estado estable de salud física, emocional, social y psicológica.

En un estudio con adolescentes se reportó que aquellos con mayor sobrepeso tenían puntajes más bajos en calidad de vida (Hidalgo-Ramussen, Hidalgo-San Martín, Rasmussen-Cruz & Montaña-Espinoza, 2011).}

En otro estudio, Ríos, et al. (2008) se evaluó a un grupo de pacientes con obesidad, de los cuales el 47% fue intervenido mediante una cirugía bariátrica, en ambos grupos se midió ansiedad, depresión y calidad de vida (dividido en distintas áreas), los autores encontraron el grupo quirúrgico tenía mayor deterioro en la calidad de vida en contraste con el grupo no quirúrgico, además para todos los sujetos, se encontró que a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal, finalmente entre mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con «sí mismo».

Aunque son distintas las repercusiones de la obesidad sobre la calidad de vida de acuerdo a las condiciones específicas de las personas con obesidad (sexo, edad, comorbilidades, etc.) se ha considerado de gran importancia a la calidad de vida y sus efectos en los pacientes obesos, especialmente por su relación con los diversos grado de obesidad (a mayor grado de obesidad, menor calidad de vida), derivado de la misma situación, una pérdida de peso muestra una importante mejora en dicho constructo. Por tanto, se considera un tema de interés que debe ser incluido en el manejo del tratamiento del paciente obeso, dado sus efectos relacionados con la pérdida significativa de calidad de vida asociada con la salud y otras áreas (Kolotkin, Meter & Williams, 2001; Oliva, 2005).

Finalmente, Sánchez Sosa, Riveros y Del Águila (2009), consideran que el constructo de calidad de vida puede utilizarse para evaluar el efecto de las intervenciones a las que son sometidos los participantes en investigaciones del área de la salud, lo cual permite medir la satisfacción del sujeto sobre diversos aspectos relevantes de su vida.

Capítulo IV

Tratamiento de la obesidad

Entre los tratamientos convencionales para combatir el sobrepeso y la obesidad se encuentra el gasto energético relativamente intenso (actividad física aeróbica) así como la ingesta controlada de calorías mediante la dieta y ejercicio usuales (Jeffery, Epstein, Wilson & Drewnowski, 2003), éstos tratamientos tienen la limitante de no lograr resultados duraderos debido a la baja adherencia al tratamiento (Lowe, 2003).

Los tratamientos convencionales han sido apoyados por procedimientos psicológicos como los tratamientos conductuales para la obesidad, incremento en la adherencia o entrenamiento en solución de problemas para reducción de la obesidad (Perri et al., 2001).

Cuando la obesidad se encuentra en un grado más grave (obesidad grado II ó III) debido a la acumulación excesiva de peso, los tratamientos convencionales suelen fracasar. Por ello, el procedimiento médico disponible que se ha considerado más efectivo para éstos grados de obesidad al lograr una disminución considerable de peso y la desaparición de comorbilidades asociadas a la obesidad es la cirugía bariátrica (Buchwald, 2005).

Existen diversos tipos de cirugía bariátrica, dentro de los más practicados en la clínica de obesidad del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” son:

Manga gástrica: La manga gástrica consiste en la disminución del tamaño del estómago, a partir del cual se forma un tubo delgado, que tiene la ventaja de no alterar la absorción normal de alimentos; entre los beneficios se encuentran una menor estancia hospitalaria, menor probabilidad de infecciones o complicaciones quirúrgicas, menor dolos post-operatorio y se han reportado beneficios notables en cuanto a la disminución de peso y mayor control de enfermedades asociadas a la obesidad (Moreno-Torres, Hernández-Ramírez & Zúñiga-López, 2013).

Figura 4. Diagrama manga gástrica

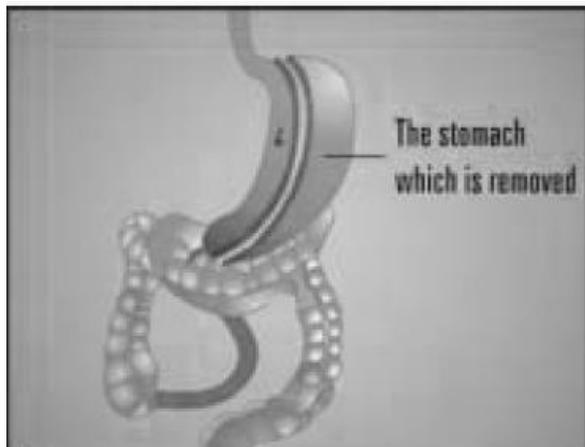


Figura 4. Tomada de Federación Internacional para la cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas (IFSO, por sus siglas en inglés, 2015). La parte señalada indica el estómago excluido durante la cirugía.

Bypass gástrico: Se realiza de forma laparoscópica y consiste en una reducción del tamaño del estómago, toma una parte del intestino delgado que se une con la bolsa gástrica que se ha formado. Las partes del estómago se separan mediante unas grapas de titanio, esto permite que el estómago no se distienda demasiado y regula la cantidad de los alimentos consumidos. La capacidad para consumir alimento es muy reducida, lo que hace que el paciente deba comer de manera muy fraccionada lo que le permite bajar de peso.

El resto del estómago se llama estómago excluido, ya que no recibe nada de comida, lo cual no crea ningún riesgo posterior como lo sería algún tipo de cáncer. Esto se ha documentado con estudios realizados por medio de biopsias y muestran que dicha porción es igual a la de estómagos normales, (Durán, Sarabia & Condori, 2005).

En el bypass gástrico se hace un corte del estómago para crear una pequeña bolsa gástrica de no más de tres onzas (aproximadamente 88 mililitros) de capacidad llamado reservorio gástrico; posteriormente se secciona el intestino delgado y se reconstruye el estómago uniendo el intestino seccionado y el estómago recién formado también llamada asa común (ver figura 5) suele ser muy efectivo y los pacientes llegan a perder hasta el 75% del peso excedido, además de proveer mejoras en salud relacionadas con enfermedades como diabetes, hipertensión y apnea del sueño (Diez del Val, Martínez-Blázquez, Valencia-Cortejoso, Sierra-Esteban & Vitores-López, 2004; Sarabia et al., 2005; Csendes, 2009).

Figura 5. Diagrama by-pass gástrico

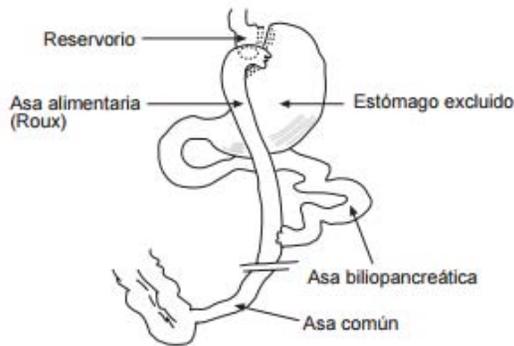


Figura 5. Tomada de Diez del Val et al. (2004). El diagrama muestra el estómago excluido durante la operación así como el asa recién formada (by-pass).

Según las guías clínicas de la Sociedad Americana para la Cirugía bariátrica y metabólica (ASMBS por sus siglas en inglés) las personas que serán sometidas a una cirugía bariátrica, antes de ser operadas, deben seguir una serie de cambios psicológicos para la modificación de hábitos alimenticios, falta de actividad física, cese de abuso de sustancias, buen funcionamiento cognitivo, conocimiento de la obesidad e intervenciones quirúrgicas, estilos de afrontamiento, modulación emocional y psicopatología como depresión, ansiedad, y trastornos alimentarios (ASMBS, 2004; 2008; de Zwaan, et al., 2011).

Tratamientos psicológicos-conductuales

Dada la importancia de la conducta (alimentaria y actividad física) en el desarrollo de la obesidad, algunas investigaciones se han enfocado en su tratamiento mediante técnicas psicológicas, principalmente conductuales y cognitivo conductuales.

Entre los estudios más representativos se encuentran los procedimientos conductuales para pérdida de peso de Munsch et al. (2007) quienes realizaron una comparación entre terapia cognitivo conductual y terapia conductual para pérdida de peso, concluyendo que la terapia cognitivo conductual era significativamente más efectiva que el tratamiento conductual solo.

Por otro lado, Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva y White (2011) concluyen que ambas terapias provocan efectos positivos sobre la pérdida de peso, así mismo, reportan que la terapia conductual tuvo mejores resultados en la disminución de IMC respecto a la cognitivo conductual.

Franz et al. (2007) evaluaron 80 estudios de ensayos clínicos aleatorizados con seguimiento a un año, los autores concluyen que las intervenciones de pérdida de peso que utilizan una dieta baja en calorías y ejercicio tienen un efecto moderado en pérdida de peso a los 6 meses, sin embargo algunos estudios reportaron reganancia de peso, además de que la pérdida de peso asociada a medicamentos mejoraba el mantenimiento del peso perdido.

Young y colaboradores (2007) evaluaron los resultados de 16 estudios con intervenciones conductuales sobre reducción de peso que involucraba a la familia. Los resultados indicaron que las intervenciones con el componente familiar-conductual produjeron tamaños del efecto grandes en contraste con grupos de comparación. Lo anterior mostró que la inclusión del cambio conductual familiar influía positivamente en el tratamiento de reducción de peso.

Norris et al. (2004) analizaron 22 estudios con intervenciones en pérdida de peso con seguimiento de 1-5 años, en pacientes con diabetes tipo 2, los resultados mostraron un tamaño del efecto bajo.

Finalmente, Forman, Butryn, Hoffman y Herbert (2009) argumentan que los tratamientos conductuales para bajar de peso deben apoyarse con otro tipo de intervenciones y componentes para evitar la regancia de peso o adherencia al tratamiento a largo plazo. Realizaron una intervención de 12 semanas donde promovieron compromiso con el cambio conductual, habilidades de tolerancia al estrés y promoción de atención plena de las conductas alimentarias. Consiguieron disminución en ingesta emocional, restricción cognitiva y urgencia por comer, así mismo, un aumento de aceptación durante la experiencia de ingesta, atención plena y motivación. Lograron una disminución en promedio de 6.6% en peso corporal y 9.6% en el seguimiento a seis meses. Los autores concluyen que el aumento de elementos como la atención plena y la motivación tuvieron resultados positivos en la pérdida de peso y mantenimiento de la misma.

Capítulo V

Tratamientos para enfermedades psiquiátricas comórbidas con la obesidad

Trastorno por atracón

El trastorno por atracón ha sido tratado desde diferentes perspectivas, una de ellas es la farmacológica (Wilson, 2010), en la cual se han utilizado medicamentos antiepilépticos, antidepresivos y antiobesogénicos. Reas y Grilo (2008) en un meta análisis determinaron que los fármacos son más efectivos para tratar el trastorno por atracón que el grupo placebo a corto plazo. De estos tres medicamentos el menos efectivo fueron los llamados antidepresivos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que produjeron mínimo efecto en la pérdida de peso. También se comparó el grupo con tratamiento farmacológico con la terapia cognitivo conductual, concluyendo que la terapia farmacológica es significativamente menos efectiva.

En otro estudio, Grilo, Crosby, Wilson y Masheb (2012) determinaron que la terapia cognitivo conductual era mejor que la fluoxetina en el tratamiento del trastorno por atracón.

Una gran cantidad de artículos científicos y guías clínicas apoyan el tratamiento cognitivo conductual para el tratamiento de trastorno por atracón y se ha observado en estudios controlados que tiene una alta efectividad, mayor que en grupos placebos y logrando la remisión total del trastorno en más del 50% de los participantes (NICE, 2004; Wilson, 2010).

Kass, Kolko y Wilfley (2013) en una revisión de la literatura, establecen que la terapia cognitivo conductual es una de las más estudiadas y que demuestra mayor efecto benéfico en el tratamiento de trastornos de alimentación, particularmente la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Sin embargo, concluye que existen una gran variedad de terapias que aún no han comprobado su efectividad totalmente pero que pueden ser una alternativa altamente benéfica para el trastorno por atracón, en particular aquellas derivadas de la terapia cognitivo conductual basadas en aceptación.

Atención plena

Dentro de las terapias cognitivo conductuales que han demostrado su efectividad en diversas patologías están la Terapia cognitivo-conductual en general y particularmente las que incluyen componentes específicos de atención plena (*mindfulness*) también conocida como de “tercera generación”. En síntesis, la atención plena tiene sus orígenes en la filosofía budista y proviene de la palabra “sati” que significa “atención, consciencia y recordar” (Didonna, 2011).

La palabra *mindfulness* o atención plena se ha definido por diversos autores y las definiciones suelen incorporar algunos elementos específicos.

John Kabat-Zinn (2003) fue uno de los primeros en describirla y la definió como “la consciencia que surge de estar atentos intencionalmente en el momento presente y sin juzgar las experiencias que acontecen a cada momento”. Otros autores como Brown y Ryan (2003) consideran a una persona practicante de la atención plena como aquella que “se concentra en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague en el futuro o el pasado y sin sensación de apego o rechazo, provocando en éste energía, claridad de mente y alegría”.

Siegel (2011) la cualifica como “...una actitud correcta hacia la experiencia, o una manera de relacionarse con la vida, que ofrece una promesa de aliviar el sufrimiento así como de convertir la vida en una realidad rica y plena de sentido”. La práctica de la atención plena ayuda al practicante a aceptar las cosas como son, es decir, aceptar las cosas con la inevitabilidad del cambio.

Los efectos terapéuticos de la atención plena se han estudiado en diversos padecimientos como el abuso de sustancias y dejar de fumar (Carim-Todd, Mitchell y Oken, 2013), incremento en calidad de vida (Rozenzweig et al., 2007), y reducción de estrés (Matousek, Dobkin y Pruessner, 2010) entre otros.

Particularmente el trastorno por atracón ha sido abordado mediante la utilización de la atención plena y sus derivados. Por ejemplo, Leahey, Crowther e Irwin (2008) realizaron una intervención basada en atención plena que consistía en 4 fases:

- 1) Psicoeducación, aumento de motivación, automonitoreo de la ingesta de comida y disparadores de los patrones de comida
- 2) Entrenamiento conductual para el control de consumo de comida (5-6 comidas pequeñas durante el día)
- 3) Cambiar pensamientos negativos, incremento de la práctica de atención plena y dotar de habilidades de afrontamiento
- 4) Verificar la práctica regular de las 3 fases anteriores y solidificar formas de pensamiento, técnicas de atención plena y estrategias de autorregulación emocional

Los autores concluyen que es efectiva una práctica basada en atención plena para dotar de destrezas específicas a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Para un estudio de caso, Baer, Fischer y Huss (2005) elaboraron un tratamiento de terapia cognitiva basada en atención plena de diez sesiones para conducta de atracón, donde se practicaron ejercicios de meditación y atención al comer, de tales sesiones cuatro fueron dedicadas a abordar temas relacionados con el atracón en sí mismo. Una de las limitaciones del estudio es que aun cuando se obtuvo mejoría, la participante no cumplía formalmente un diagnóstico de trastorno por atracón, sugiriendo que dicho tratamiento puede mostrar resultados positivos en personas que presenten dicho trastorno, también sugieren complementar la terapia cognitiva basada en atención plena incorporando elementos de no-juicio y no-aferramiento.

Siguiendo en la misma línea de tratamientos, Smith, Shelly, Leahigh y Vanleit (2006) elaboraron un tratamiento llamado “Intervención de *mindfulness* modificada”, la cual consistió en ocho sesiones más una preliminar.

Los resultados mostraron mejoría y reducción significativa de los episodios de atracón así como disminución del estado de ansiedad y síntomas depresivos.

Courbasson, Nishikawa y Shapira (2011) sometieron a un grupo de 38 personas diagnosticadas con trastorno por atracón y abuso de sustancias a un programa de intervención de atención plena que consistió en 16 sesiones. Los autores describen mejoría significativa en las medidas de episodios de atracón, disminución de ingesta de alcohol y adicciones graves así como síntomas depresivos y concluyen que la atención plena puede ser un buen tratamiento para personas que presentan comorbilidad entre trastorno por atracón y abuso de sustancias.

En una revisión sistemática Wanden-Berghe, Sanz-Valero y Wanden-Berghe (2011) analizaron 8 estudios donde se utiliza la atención plena en el tratamiento de trastornos de alimentación. De forma general se encontraron resultados positivos en la mejoría de los trastornos de alimentación; los estudios tuvieron gran variación en su duración, oscilando entre las 9 y las 20 sesiones con diversos objetivos enfocados en la disminución de los trastornos alimentarios, finalmente concluyen que la utilización de la atención plena en el tratamiento de dichos trastornos requiere investigación adicional para poder dar mayor solidez a su efectividad.

Finalmente, Robinson et al. (2013) realizaron una revisión sistemática donde se analizan los efectos de la atención en la comida, considerando diversas técnicas de atención plena como el “comer atentamente”, dicha técnica tiene las características de ser consciente mientras se ingieren alimentos, disminución en la velocidad de consumo y promoción de hábitos saludables. Los autores concluyen que el comer atentamente puede ayudar a bajar de peso y mantenerlo bajo sin la necesidad de monitorear el consumo calórico.

Esto apoya la propuesta de incluir este tipo de estrategias en aquellas intervenciones en el tratamiento de la obesidad y trastornos de la alimentación.

En general, los teóricos de la atención plena y sus intervenciones han reconocido el creciente auge de dichos tratamientos y apoyan la idea de una integración de conceptos estrechamente ligados a la atención plena, específicamente conceptos como bondad y compasión (Shonin, Van-Gordon, Compare, Zangeneh y Griffiths, 2014) así como empatía y autocompasión (Birnie, Speca & Carlson, 2010).

Compasión

Para aclarar el concepto de compasión, habrá que diferenciarlo de la “empatía”, la compasión desde el marco de la atención plena, es definida de distintas formas; sin embargo, las definiciones coinciden en cuatro componentes (Jinpa, 2010, tomado de Jazaieri, Mcgonigal, Jinpa, Doty, Gross & Goldin, 2014):

- 1) reconocimiento o consciencia del sufrimiento (componente cognitivo)
- 2) la simpatía o empatía relacionada con estar emocionalmente conmovido por el sufrimiento (componente afectivo)
- 3) el deseo de aliviar el sufrimiento (componente intencional) y
- 4) la disposición de ayudar o la respuesta de ayuda (componente motivacional)

Para demostrar la diferencia entre los efectos de la empatía y la compasión, Klimecki, Leiberg, Ricard y Singer (2013) realizaron un estudio donde se entrenó a un grupo en empatía y posteriormente en compasión, reuniendo información en cada fase, se mostró que el grupo en el entrenamiento únicamente en empatía mostraba mayor activación en regiones cerebrales asociadas con el dolor, en contraste con el entrenamiento subsecuente en compasión que revertía las emociones negativas y los participantes tenían auto reportes asociados a emociones positivas.

Otro componente ligado estrechamente a la compasión es la llamada auto-compasión, ésta se relaciona con sentimientos de bondad y cuidado hacia uno mismo. La autocompasión involucra el reconocimiento del sufrimiento propio y tres elementos más como

- 1) bondad personal en lugar de autocrítica y juicio
- 2) ver experiencias de forma compartida con la humanidad y no de forma aislada
- 3) reconocimiento y aceptación de pensamientos y sentimientos dolorosos en lugar de una sobre-identificación con los mismos (Neff, 2003).

La compasión ha tenido un creciente interés en el campo científico y estudios recientes han relacionado dicho concepto con mejoras en satisfacción de vida, felicidad, reducción de depresión y ansiedad, entre otras psicopatologías (Cosley, Mcboy, Saslow & Epel, 2010; Neff 2003; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

En un estudio controlado aleatorizado, se sometió a un grupo de 100 adultos asignados aleatoriamente a un programa de entrenamiento en compasión de 9 semanas frente a un grupo control, los sujetos experimentales reportaron aumento de atención plena, felicidad y disminución de niveles de preocupación e inhibición emoción, concluyendo que el entrenamiento en compasión tienen efectos cognitivos y emocionales.

Otro estudio explora los efectos de la autocompasión y empatía, reportando cambios tales como una disminución significativa del estrés personal, síntomas de ansiedad y perturbaciones emocionales, y una asociación fuerte con la funcionalidad psicológica, aunque no se reportan cambios en el concepto de empatía (Birnie et al., 2010).

Además de resultados en medidas de autoinforme, estudios de resonancia magnética funcional (RMF) midieron el efecto del estado de meditación en amor bondadoso y compasión. Los resultados sugieren que durante la meditación hubo activación de la ínsula (mayor que durante la presentación de sonidos fuertes), aumento en la activación de la amígdala, unión temporo-parietal y surco temporal superior (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone & Davidson, 2008).

Dentro de los efectos del entrenamiento en compasión hay cambios a nivel cerebral como el aumento en la activación de núcleo estriado ventral, cíngulo anterior y corteza orbitofrontal medial. Así la compasión constituirá una nueva estrategia de afrontamiento para superar fortalecer la capacidad de recuperación (Klimecki, et al., 2013)

Cosley, McCoy, Saslow y Epel (2010) realizaron un estudio donde se sometió a los participantes a dos tareas, una tarea de estrés social y una tarea de apoyo social. Niveles altos de compasión fueron asociados con menor presión arterial y niveles de cortisol. Los autores concluyeron que la compasión influye positivamente en el bienestar fisiológico y que las personas más compasivas pueden beneficiarse cuando se les ofrece apoyo, particularmente en situaciones agudas de estrés.

Finalmente, en una revisión sistemática, Shonin y colaboradores (2014) después de analizar cerca de 300 artículos acerca de compasión y amor-bondadoso (*love-kindness*) concluyen que dichas intervenciones tienen efectos positivos sobre afectos negativos y positivos, trastornos psicológicos (especialmente en trastornos agudos), pensamiento positivo, relaciones interpersonales y actitudes empáticas, sin embargo se recomienda una mejor integración teórica-práctica entre atención plena y meditación en compasión y amor-bondadoso.

Tratamientos para la depresión

Los tratamientos más utilizados para la depresión es el uso de medicamentos psiquiátricos (antidepresivos) o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que, comparados con la terapia cognitivo conductual han demostrado efectos similares en pacientes con depresión, con la limitante de que los participantes en el grupo con medicamento presentan mayor abandono del tratamiento y recaídas siendo la terapia cognitivo-conductual el mejor tratamiento en comparación con el tratamiento farmacológico (Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008).

Otros autores señalan que han demostrado mayor efectividad en el tratamiento conjunto de terapia farmacológica y terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006).

Al igual que en tratamientos para diversas psicopatologías, se han considerado la llamada *atención plena* o *mindfulness*, como una terapia alternativa especialmente en pacientes considerados “resistentes” a un tratamiento cognitivo-conductual “estándar”.

Por ejemplo, Kenny y Williams (2007) crearon una intervención basada en atención plena para pacientes resistentes al tratamiento para la depresión, mejorando significativamente los niveles de depresión, regresando a estados emocionales “normales”. De forma similar Williams, Blackwell, Mackenzie, Holmes y Gavin (2013) comprobaron el efecto de una intervención cognitivo conductual en un ensayo clínico aleatorizado, con un tamaño del efecto de mediano-grande, la intervención tiene mejorías de ansiedad, pensamientos rumiativos y depresión.

En estudios similares, Willem y colaboradores (2008) aplicaron una intervención basada en atención plena para pacientes que habían tenido recaídas constantes en episodios depresivos, por lo cual la intervención estaba centrada en la prevención de recaídas, el estudio reportó resultados positivos respecto a recaídas, eliminación de síntomas residuales y mejora en calidad de vida, siendo además una terapia de bajo costo hospitalario.

En un estudio más, se llevó a cabo un tratamiento basado en un programa de atención plena para reducción del estrés en pacientes bariátricos post-operados con 8 sesiones de duración, dicho programa incluía ejercicios breves de alimentación. Los resultados muestran una disminución de la sintomatología depresiva, estado de ansiedad y conducta alimentaria, la disminución en ésta última fue relacionada con el incremento de auto-aceptación y reducción de ansiedad (Smith et al., 2006).

Por tanto, puede concluirse que la intervención basada en atención plena es de beneficio para la depresión en general y para pacientes de cirugía bariátrica en particular, además de proveer beneficios adicionales al tratamiento cognitivo-conductual estándar.

Fundamentación de los estudios

De acuerdo con diversos autores y guías clínicas (Hornero & Gastañaduy, 2005; Müller et al., 2013) el episodio depresivo mayor activo y trastornos de la alimentación (especialmente trastorno por atracón) son una contraindicación absoluta para la operación de personas que tengan estos padecimientos, incluyendo personas con trastornos psiquiátricos con tratamiento pre-quirúrgico y seguimiento del tratamiento psicológico-psiquiátrico, son candidatos a realizarse dicha cirugía. También se ha relacionado la depresión pre operatoria con la reganancia de peso post quirúrgica en pacientes que se realizaron una cirugía bariátrica (Ryden & Torgerson, 2006; Karlsson et al., 2007).

El trastorno por atracón es el trastorno de alimentación más común en pacientes con obesidad que buscan tratamiento quirúrgico, este trastorno se ha asociado a niveles bajos de autoestima y altos en depresión (Crespo & Ruiz, 2006) el trastorno por atracón incrementa además los niveles de obesidad y sobrepeso.

En la clínica de obesidad del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*” se da tratamiento a trastornos depresivos y de alimentación mediante técnicas cognitivo-conductuales en una intervención pre-quirúrgica. Posteriormente (una vez que ha remitido la psicopatología) se somete a los pacientes a un grupo de apoyo en modificación de hábitos con una duración de 10 semanas; sin embargo, no se tiene un protocolo específico en la intervención prequirúrgica sobre dichos padecimientos, lo que provoca variación el número de sesiones individuales, esta situación se asocia a demora en la atención hospitalaria ya que al no contar con una duración específica las sesiones de tratamiento de depresión y atracón, sumado a la preparación suelen tener una duración promedio de 20 semanas, mismas que, por la demanda de atención hospitalaria decremента la eficiencia e incrementa los costos considerablemente.

Por otro lado, se ha comprobado que las intervenciones basadas en atención plena y compasión tienen grandes beneficios sobre la salud de las personas en general y particularmente de aquellas que padecen obesidad y psicopatologías como depresión y trastorno por atracón, evitando recaídas y logrando dichos resultados en intervenciones cortas.

Por tanto, con la finalidad de dar tratamiento a pacientes candidatos a cirugía bariátrica con depresión y trastorno por atracón, se creó una intervención basada en atención plena breve (con duración de 10 sesiones) para dar tratamiento oportuno a dichos padecimientos, así como servir de preparación pre-quirúrgica en modificación de cambio de hábitos (Fabricatore, Crerand et al., 2006; Wadden & Sarwer, 2006). Para tal efecto se realizaron dos estudios, uno para crear, confiabilizar y validar un inventario para medir conducta por atracón e ingesta emocional y otro para evaluar los efectos de la intervención basada en atención plena y compasión que se describen a continuación.

Capítulo VI

Diseño de un test psicológico para medir conducta de atracón e ingesta emocional

Las pruebas de medición psicológica son herramientas que nos permiten obtener información de interés psicológico (clínico, experimental, social) los cuales de forma estandarizada nos permiten una medición objetiva de la conducta del individuo (Anastasi, 2000)

La creación de instrumentos es sensible de las características de la población en donde se quiere estudiar, tomando en cuenta características sociodemográficas y culturales.

Específicamente para la medición de atracón ha sido ampliamente utilizada la escala para conducta de atracón (BES por sus siglas en inglés), ésta escala es una de las medidas de auto reporte más usadas para evaluaciones pre operatorias (Merrell, Ashton, Windover & Heinberg, 2012; Reas, White & Grilo, 2006) en Estados Unidos. Sin embargo su uso y adaptación en español así como en población mexicana ha carecido de medidas psicométricas adecuadas.

Actualmente no se dispone de una prueba confiable para medir conducta de atracón e ingesta emocional; en una revisión de la literatura Franco, Álvarez y Ramírez (2011) realizaron una investigación de pruebas sobre trastorno por atracón, el único estudio sobre medición de conducta por atracón. El único estudio sobre la medición de conducta de atracón realizado por Zuñiga y Robles (2006) muestra una consistencia interna alta ($Alpha=0.88$) sin embargo no obtienen puntuación por factores agrupados y cuatro reactivos tienen cargas factoriales en más de un factor. Se recomienda por tanto realizar un estudio validando nuevamente dicho instrumento para su aplicación en pacientes que presentan trastorno por atracón, cubriendo las limitaciones iniciales como factores independientes e inclusión de validez interjueces.

Por otro lado, una manifestación conductual asociada en la ingesta emocional, que se caracteriza por la presencia de algún tipo de emoción en la conducta y/o en la preferencia del alimento así como un tipo de consumo o bien comer como forma de afrontamiento a una emoción experimentada por una persona (Cannetti, Bachar & Berry, 2002). Así mismo muchas veces la ingesta emocional deriva en algún tipo de conducta de atracón (Consatnzo, Reichmann, Friedman, & Musante, 2001), sin embargo, en México no existen test psicométricos que midan este tipo de ingesta, siendo fundamental su identificación para personas candidatas a cirugía bariátrica.

Estudio I

De acuerdo con las guías clínicas de la Sociedad Americana para la Cirugía Bariátrica y Metabólica (ASMBS por sus siglas en inglés) la cirugía bariátrica es la mejor opción cuando otros métodos han sido ineficaces en la atención de la obesidad mostrando grandes beneficios; sin embargo, antes de ser operadas, las personas deben seguir una serie de recomendaciones conductuales para corregir o mejorar sus estilos de consumo, actividad o inactividad física y abuso de sustancias; funcionamiento cognitivo, conocimiento de la obesidad e intervenciones quirúrgicas, estilos de afrontamiento, modulación emocional y psicopatología; historia del desarrollo como situación actual, estresores y apoyo social; así como seguir una dieta nutrimental específica (ASMBS, 2004; 2008).

Dentro de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica se ha encontrado que cerca del 75% padecen algún trastorno de alimentación, de los cuales, cerca del 25% padece trastorno por atracón (Müller et al., 2013)

Según diversos autores y guías clínicas (Bustamante et al., 2006; Hornero & Gastañaduy, 2005; Müller, Claes, Wilderians & de Zwaan, 2014;) los trastornos alimentarios, especialmente la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, son una contraindicación absoluta para la operación de personas que tengan estos padecimientos, por lo que una identificación oportuna mediante un instrumento válido y confiable permitirá un tratamiento efectivo a ésta. Así mismo, el uso de instrumentos psicométricos ha resultado útil al haber mostrado resultados satisfactorios para su utilización tanto en investigación como en la práctica clínica cuando reúnen una serie de consideraciones psicométricas necesarias (Franco et al., 2011).

Objetivo general: Diseñar, validar y confiabilizar un instrumento para medir conducta por atracón e ingesta emocional.

Objetivos específicos: Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel socioeconómico y escolaridad) de la muestra.

Método

Diseño.

Se realizó un diseño descriptivo, transversal no experimental, por cuota.

Participantes

Diseño del instrumento

- 50 personas con obesidad participaron en el diseño del instrumento, 25 hombres con un rango de edad de 25-56 años, media=37.6, desviación estándar=8.5; 25 mujeres con un rango de edad de 26-64 años, media=42.5 años, y desviación estándar=7.8.

Validación y confiabilidad del instrumento

- 140 personas con sobrepeso y obesidad participaron en la confiabilización y validación del instrumento. De acuerdo con lo sugerido por la literatura (Nunally, 1995) se establece un mínimo aceptable de 5 sujetos por reactivo para determinar una validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio y análisis de confiabilidad mediante el índice de alfa de Cronbach.

$$n = (nR) (5) \quad n = (28) (5) = 140$$

donde nR = Número de reactivos del instrumento a evaluar

Los datos sociodemográficos se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

Datos sociodemográficos

N= 140

Sexo	%	Niv. Soc.	%	Escolaridad	%	Ocupación	%
Hombres	18.7 %	1	35.3 %	Primaria	7.8 %	Hogar	26.8%
Mujeres	81.3 %	2	42.9 %	Secundaria	21.4%	Empleado(a)	24.1%
		3	18.8 %	Bachillerato	32.8 %	Comerciante	13.8%
		4	3 %	Licenciatura	29.3 %	Profesionista	10.9%
		5	0 %	Posgrado	8.6 %	Estudiante	8%
						Independiente	7.2%
						Desempleado(a)	7.2%
						Otro	1.4%

Niv. Soc. = Nivel socioeconómico determinado en ingreso mensual aproximado en pesos mexicanos equivalente a: 1: de \$0-2,699; 2: de \$2700-6,799; 3: de \$6,800-11,599; 4: de \$12,600-34,499; y 5. Más de \$34,500

Criterios de Inclusión.

Hombres y mujeres con obesidad (IMC=>30) que asistieron a la clínica de obesidad del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*”.

Mayores de 18 años.

Que aceptaron participar en el estudio

Candidatos a cirugía bariátrica

Criterios de exclusión.

Pacientes con obesidad que fueron sometidos a un procedimiento bariátrico

Analfabetas (por la naturaleza de los instrumentos)

Con déficit cognitivo identificable

Criterios de eliminación.

Personas que no contestaron completamente el cuestionario.

Procedimiento

Con el objetivo de evaluar la conducta por atracón e ingesta emocional se procedió a diseñar un test psicológico. Para tal efecto, se realizó una recolección de datos mediante un cuestionario elaborado con la técnica de preguntas abiertas para conocer lo que las personas con obesidad experimentan en las situaciones que se describen para el trastorno por atracón.

Se les pidió a 25 hombres y 25 mujeres con obesidad (IMC=> 30) contestaran una serie de preguntas (Anexo 1), se hizo un análisis de frecuencias a partir de los resultados obtenidos; se tomó en cuenta aquellas categorías que por su frecuencia se colocaron sobre el punto de quiebre de Catell (Reyes-Lagunes, 1999) como relevantes para considerarse en la elaboración de reactivos.

Una vez elaborados los reactivos con base en los resultados, se sometió a jueceo por doce psicólogos/psiquiatras expertos en el área de trastornos de alimentación para obtener una validez inter jueces. Doce jueces expertos en el área de trastornos de la alimentación contestaron el inventario para medir conducta de atracón e ingesta emocional con un formato diseñado *ex profeso* para colocar comentarios, redacción y categoría a la que corresponde cada reactivo (Anexo 2). Se determinó el grado de claridad en cada reactivo con un puntaje de 0-5, con una puntuación máxima de 30, siendo 0-5 “poca claridad” hasta 26-30 “se entiende perfectamente”.

Con la información recolectada se elaboró una segunda prueba tomando en cuenta los comentarios y puntajes de los reactivos. Se eliminaron los reactivos que tuvieron un puntaje igual o menor a 20. Aquellos que incluían un cambio en la redacción por sugerencia de los jueces, se modificaron en consecuencia.

Se volvió a someter a jueceo la nueva versión del instrumento para medir conducta de atracón e ingesta emocional (ICA) con seis expertos en trastornos de la alimentación independientes de los primeros 12.

Una vez elaborado el instrumento ICA, se asistió a las pláticas de primera vez para pacientes en la clínica de obesidad el Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*”, una vez terminada la plática, se les pidió a 140 personas que asistían a pláticas que contestaran una serie de cuestionarios, incluyendo la firma de un consentimiento informado (Anexo 3), especificando el carácter voluntario y opcional de su participación.

A los participantes que aceptaron participar en el estudio se les dio el Inventario ICA, el investigador permaneció presente con el propósito exclusivo de aclarar, en su caso, a los participantes cualquier duda que surgiera durante la aplicación. Una vez terminada la aplicación se les agradeció su participación a los participantes y se aclararon dudas.

Posterior a la aplicación, los investigadores elaboraron las bases de datos y se realizó el análisis estadístico para la obtención de las propiedades psicométricas. El análisis en cuestión consistió en verificación de la distribución de frecuencias, discriminación y direccionalidad de cada uno de los ítems, así como la obtención de la confiabilidad y análisis factorial, (Reyes-Lagunes y García y Barragán, 2008).

Resultados

Se realizó una validación interjueces, posteriormente se calculó el porcentaje de acuerdo entre ellos con las categorías propuestas, se recibieron sugerencias en cuanto a redacción de los reactivos y se les asignó una calificación por juez entre 0-5 puntos con un total posible de 30 puntos (Tabla 2)

Tabla 2.

Puntajes interjueces para la elaboración del Inventario de Conducta de Atracón e Ingesta Emocional (ICA),

<i>Categoría</i>	<i>%</i>	<i>NR</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Puntaje</i>
Atracón	100	1	Al terminar de comer me doy cuenta que comí "de más"	29
Atracón	100	2	Me sirvo el doble en comparación con la mayoría de las personas	27
Atracón	100	3	Me siento capaz de controlar la cantidad de comida que como	28
Atracón	83.33	4	Creo que me sería muy difícil no comer demasiado	29
Atracón	100	5	Aunque esté satisfecho sigo comiendo	29
Atracón	100	6	Como sin darme cuenta de la cantidad del alimento que consumo	28
Atracón	100	7	Como "de más" sin darme cuenta	29
Atracón**	100	8	Es incontrolable mi forma de comer	27
Atracón	100	9	Me siento incómodamente lleno cuando acabo de comer	25
Atracón**	83.33	10	Siento culpa después de comer mucho	30
Atracón	100	11	Como demasiado aunque no tenga hambre	28

Continuación tabla 1

Categoría	%	NR	Reactivo	Puntaje
Atracón	100	12	Me siento mal conmigo misma(o) cuando no controlo lo que como	30
Atracón	100	13	Al terminar de comer siento malestar físico "como si ya no pudiera más"	28
Atracón	100	14	Como más rápido que la mayoría de las personas	27
Atracón	100	15	Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer	29
I. Emocional	100	16	Cuando estoy preocupado se me quita el hambre	26
I. Emocional	100	17	Cuando estoy feliz yo como	29
I. Emocional	100	18	Como para aliviar mi malestar emocional	30
I. Emocional	100	19	Cuando estoy estresado como algo	28
I. Emocional	100	20	Cuando me siento angustiado como algo para tranquilizarme	30
I. Emocional	100	21	Cuando estoy triste me refugio en la comida	30
I. Emocional	83.33	22	Como más de lo normal con la finalidad de relajarme	27
I. Emocional	100	23	Como mucho cuando siento ansiedad	30
I. Emocional	100	24	Cuando estoy alegre me da por comer	30
I. Emocional	83.33	25	Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento	28
I. Emocional	100	26	Para calmar mi enojo pruebo comida	27
I. Emocional	100	27	Me da más hambre cuando estoy estresado	29
I. Emocional	100	28	Si estoy aburrido como algo	28
I. Emocional**	83.33	29	Si me siento solo (o abandonado) como para no sentirme así	25

Continuación tabla 2

I. Emocional	100	30	Me da por comer para aliviar mis preocupaciones	29
--------------	-----	----	-------------------------------------------------	----

** Reactivos modificados, NR= Número de reactivo; Atracón = Conducta de atracón; I. Emocional= Ingesta emocional; Puntaje= Sumatoria del puntaje dado por los jueces.

Los reactivos 4 y 28 fueron eliminados en función de los comentarios de los jueces expertos; los reactivos 8, 10 y 29 se modificaron en cuanto a redacción, elaborándose un total de con 28 reactivos.

Posteriormente se aleatorizaron los reactivos mediante la técnica de sorteo elaborando así una segunda versión del instrumento (Anexo 4).

Una vez elaborada una segunda versión, se realizó un piloteo en 10 personas, 2 con escolaridad primaria concluida, 4 secundaria concluida, 2 personas con bachillerato y 2 con licenciatura con la finalidad de corroborar la claridad de los reactivos.

Después se aplicó a 140 participantes con sobrepeso y obesidad el Inventario de Conducta de atracón e Ingesta Emocional (ICA).

Con la finalidad de realizar un análisis de discriminación de reactivos, se calcularon los percentiles y se dividieron los puntajes en altos y bajos con la finalidad de discriminar la pertinencia de cada reactivo. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Discriminación de puntajes altos y bajos

Reactivo	MEDIA	DE	MEDIA	DE	P
	Altos		Bajos		
1	3.73	1.28	2.03	.94	<.001
2	3.82	1.35	.79	1.14	<.001
3	3.70	1.14	1.51	1.27	<.001
4	2.94	1.15	.93	1.03	<.001
5	3.8	1.18	1.58	1.01	<.001
6	4.11	1.29	1.03	1.26	<.001
7	3.84	1.03	.62	.90	<.001
8	3.67	1.38	1.34	1.28	<.001
9	3.88	1.06	.86	.99	<.001
10	3.52	1.77	3.82	1.13	.445
11	3.05	1.49	.89	1.04	<.001
12	3.61	1.32	.48	1.05	<.001
13	3.38	1.32	.86	.83	<.001
14	3.29	1.46	.27	.52	<.001
15	3.36	1.14	.62	.82	<.001
16	3.70	1.26	.55	.98	<.001
17	3.38	1.43	.27	.70	<.001
18	2.91	1.50	.10	.30	<.001
19	2.88	1.49	.10	.40	<.001
20	3.26	1.37	.62	1.01	<.001
21	3.41	1.37	.24	.57	<.001
22	4.35	1.15	1.24	1.32	<.001
23	4.29	1.26	1.20	1.17	<.001
24	4.05	1.17	1.34	.81	<.001
25	2.94	1.55	.34	.48	<.001
26	4.00	1.47	1.93	1.92	<.001
27	4.14	.98	.62	.72	<.001
28	3.55	1.46	.34	.55	<.001

Se eliminaron aquellos reactivos cuya significancia fue mayor a .05, de los cuales únicamente se eliminó el reactivo 10. Posteriormente se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio.

Para el análisis factorial exploratorio se realizó un análisis KMO, obteniendo un índice KMO = .927 y se procedió a elaborar un análisis factorial exploratorio, así como el alfa de Cronbach para determinar su confiabilidad.

Finalmente se eliminaron aquellos reactivos que cumplieron con las siguientes condiciones:

1. Carga factorial <.40
2. Reactivos con cargas factoriales compartidas con más de un factor y
3. Factores menores a tres reactivos.

Los resultados finales se muestran a continuación (Tabla 4)

Tabla 4.

Estructura factorial para el inventario de conducta de atracón e ingesta emocional (ICA)

Factor 1	α	Reactivos	Carga
"Ingesta emocional" KMO=.927	.956	16. Cuando me siento angustiado, como algo para tranquilizarme	0.840
		17. Si tengo un sentimiento de soledad, como para no sentirme así	0.825
		6. Como mucho cuando siento ansiedad	0.824
		28. Cuando estoy estresado como algo	0.822
		21. Cuando estoy triste, me refugio en la comida	0.814
		2. Me da por comer para aliviar mis preocupaciones	
		7. Como para aliviar mi malestar emocional	0.814
		20. Me da más hambre cuando estoy estresado	
		18. Para calmar mi enojo pruebo comida	0.760
		13. Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento	0.758
		0.675	

Continuación tabla 4

Factor 2	α	Reactivos	Carga
“Conducta de atracón”	.905	9. Me sirvo el doble en comparación con la mayoría de las personas	0.794
		15. Pienso que mi forma de comer es incontrolable	0.745
		5. Como “de más” sin darme cuenta	
		8. Como sin darme cuenta de la cantidad de alimento que consumo	0.726 0.724
		14. Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer	0.695
		24. Me siento incómodamente lleno cuando acabo de comer	0.691
		26. Como más rápido que la mayoría de las personas	0.630
		3. Al terminar de comer siento malestar físico “como si ya no pudiera más”	0.598
		4. Me siento capaz de controlar la cantidad de comida que como	0.593
		11. Cuando estoy feliz, yo como	0.478

Carga=carga factorial; α =Alfa de Cronbach, consistencia interna

Posteriormente, con una estructura factorial establecida, se obtuvieron los valores correspondientes por factor (Tabla 3).

Tabla 5.

Datos y alfa de Cronbach del Inventario (ICA)

	MÍN	MÁX	MEDIA	D.E.	ALFA
ATRACÓN	1	50	23.96	11.34	.905
ING EMO	0	50	21.89	13.55	.956
TOTAL	1	100	46.17	22.35	.950

Notas: MÍN= Puntuación mínima obtenida; MÁX = Puntuación máxima obtenida; ATRACÓN= Factor “conducta de atracón”; “ING EMO= Factor ingesta emocional; TOTAL=Puntuación total del inventario ICA; D.E. = Desviación estándar; ALFA = Alfa de Cronbach.

De acuerdo al análisis factorial y con la eliminación de reactivos, se elaboró una versión final del instrumento consistente en 20 reactivos, divididos en dos factores (Anexo 5).

Tabla 6. Datos antropométricos de la muestra

Tabla 5. Datos antropométricos			
N = 140			
	Peso (kg)	Altura (mts)	IMC (kg/m ²)
Rango	59.5 - 189.5	1.45 – 1.92	26.99 – 61.88
Media	109.1	1.62	40.82
D.E.	26.77	0.09	7.34
Moda	95	1.60	35

Tabla 6. IMC=índice de masa corporal; DE=Desviación estándar.

Se puede apreciar que en promedio, la muestra está constituida por pacientes con obesidad grave (IMC => 40), un peso promedio de 109 kg, y una altura promedio de 1.62 mts.

Finalmente se calcularon puntos de corte para el instrumento tomando en cuenta la media de la muestra, mediante la sustracción del valor de la desviación estándar para el punto de corte inferior y la adición a la media del valor de la desviación estándar para el punto de corte superior (Altman, Lausen, Sauerbre & Schumacher, 1994; Fuentes, 2013).

Tabla 7

Puntos de corte para el inventario para conducta de atracón (ICA)

FACTORES	CATEGORÍAS		
	AUSENTE	MODERADO	GRAVE
ATRACÓN	0-13	14-34	35 o más
INGESTA EMO	0- 9	10-34	35 o más
SOBREING	0-24	25-68	69 o más

INGESTA EMO=Ingesta Emocional; SOBREING= Sobreingesta

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, el inventario para medir conducta de atracón e ingesta emocional muestra una clara y adecuada estructura factorial, agrupándose en dos factores independientes entre sí.

El factor ingesta emocional corresponde totalmente con las categorías planteadas inicialmente mediante la literatura de investigación (Cannetti, 2002) y los datos obtenidos mediante la validez interjueces.

En cuanto al factor “conducta de atracón”, nueve de los diez reactivos coinciden con la categoría “atracón” planteada inicialmente por la validez interjueces, así mismo, los reactivos coinciden con la literatura y los factores contemplados en la definición de atracón (APA, 2013). Solo uno de 10 reactivos (“cuando estoy feliz, yo como”) no coincide con la categoría inicial ya que pertenecía originalmente al factor “ingesta emocional”, esto posiblemente se pueda atribuir a que de forma cultural, la ingesta emocional está asociada a estados emocionales negativos aun cuando un estado emocional “positivo” como la felicidad puede desencadenar un atracón en la persona, por lo que la estructura final del inventario ICA incluye dicho reactivo.

Finalmente se puede concluir que con un alfa de Cronbach considerablemente alto ($\alpha=.950$) general para el instrumento y alto para cada uno de los factores “conducta de atracón” e “ingesta emocional” ($\alpha= .905$ y $.950$, respectivamente) así como estructura factorial que coincide con las categorías interjueces, el instrumento “Inventario para medir conducta por atracón e ingesta emocional (ICA)” posee propiedades psicométricas adecuadas para poder ser utilizado en una población de 20-71 años, en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica en virtud de que posee validez interjueces, validez de constructo y confiabilidad alta.

Sugerencias clínicas y para estudios posteriores

Es importante puntualizar que aun cuando el inventario ICA presenta valores altos de validez (80% de acuerdo entre jueces y cargas factoriales de .40-.80 para validez de constructo) así como confiabilidad ($\alpha=.905$), no reemplaza a la entrevista clínica, por lo que, es recomendable una entrevista en complementaria en caso de que se requiera mayor información respecto a las personas a quienes se les aplica.

Los puntos de corte no representan a la población general, por lo que se deberá tener en consideración para futuros estudios aumentar la muestra y poder tener puntos de corte poblacionales; no obstante, los puntos de corte sugeridos se consideran válidos para pacientes candidatos a cirugía bariátrica. También se recomienda contrastar los valores obtenidos con una entrevista clínica para correlacionar los datos de una entrevista en cuanto a trastorno por atracón con los obtenidos por el instrumento.

Se recomienda que la puntuación general “conducta de sobreingesta” sea analizada en contraste con las puntuaciones individuales para cada factor.

Por último, este instrumento no incluye la exploración específica de conductas purgativas (uso de laxantes, inducción de vómito, etc.) por lo que al detectar “conducta de atracón”, ese sujeto deberá ser sometido a preguntas referentes a purga para descartar probable bulimia nerviosa.

Estudio 2

De acuerdo con diversos autores y guías clínicas (Hornero & Gastañaduy, 2005; Müller et al., 2014) el episodio depresivo mayor activo, y trastornos de la alimentación (especialmente trastorno por atracón) son una contraindicación absoluta para la cirugía en personas con estos padecimientos, personas con trastornos psiquiátricos, con tratamiento pre-quirúrgico y seguimiento del tratamiento psicológico-psiquiátrico, son candidatos a realizarse dicha cirugía. También se ha relacionado la depresión pre operatoria con la reganancia de peso post quirúrgica en pacientes que se realizaron una cirugía bariátrica (Ryden & Torgerson, 2006; Karlsson et al., 2007).

El trastorno por atracón es el trastorno de alimentación más común en pacientes con obesidad que buscan tratamiento quirúrgico, este trastorno se ha asociado a niveles bajos de autoestima y altos en depresión (Crespo & Ruiz, 2006) el trastorno por atracón incrementa además los niveles de obesidad y sobrepeso.

Actualmente, en la clínica de obesidad del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*” se da tratamiento a trastornos depresivos y de alimentación mediante técnicas cognitivo conductuales en una intervención pre-quirúrgica. Al haber remisión de la psicopatología, se somete a los pacientes a un grupo de apoyo en modificación de hábitos con una duración de 10 semanas.

Algunas desventajas de este procedimiento de intervención prequirúrgica son: 1) gran variación el número de sesiones individuales; 2) demora en la atención hospitalaria; 3) duración promedio de 20 semanas en el tratamiento; y 4) incremento considerable de costos hospitalarios asociadas al número de sesiones.

La atención plena ha demostrado mejoras en el tratamiento de trastornos depresivos y trastorno por atracón, así mismo ha demostrado efectividad en el tratamiento prequirúrgico de cirugía bariátrica, por tanto se pretende dar intervención de atención plena breve (con duración de 10 sesiones) se pretende dar tratamiento oportuno a padecimientos comunes (trastornos depresivos y trastorno por atracón) así como servir de preparación pre-quirúrgica en modificación de cambio de hábitos (Fabricatore, Crerand et al., 2006; Wadden & Sarwer, 2006).

Como parte del objetivo de evaluar los efectos de una intervención de atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica en el Hospital General "*Manuel Gea González*" se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos de una intervención basada en atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica?

Método

Diseño

Diseño intrasujetos (N =1) AB prospectivo, línea base, medidas repetidas y medición post intervención, por autoselección.

Población de estudio: Pacientes con obesidad, sintomatología depresiva y que hayan presentado al menos un atracón durante el último mes que sean candidatos a cirugía bariátrica.

Criterios de inclusión

- Pacientes candidatos a cirugía bariátrica de la clínica de obesidad del hospital "*Dr. Manuel Gea González*"
- Que presenten una puntuación igual o mayor a 10 (depresión de leve a severa) en el inventario de depresión de Beck (BDI)
- Que hayan puntuado positivo en episodio depresivo mayor en la escala MINI
- Que de acuerdo a la entrevista clínica presenten trastorno por atracón y una puntuación en el inventario de conducta por atracón (ICA) de 14 (atracción moderado).
- Mayores de 18 años
- Sexo masculino y femenino
- Firmen consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Pacientes con trastornos de personalidad graves
- Pacientes que deban ser remitidos a otras instituciones
- Pacientes con trastorno de bulimia nerviosa

Criterios de eliminación.

- Deserción una vez iniciado el estudio
- No hayan completado el llenado de los instrumentos de auto registro

Definición de variables:

Depresión:

Definición conceptual: la depresión se caracteriza por un estado de tristeza constante y una marcada falta de interés o placer en las actividades durante al menos dos semanas.

Definición operacional: Se considerará un paciente con depresión al haber obtenido un puntaje igual a mayor a 10 (depresión leve) en el inventario de depresión de Beck (BDI) así como un haberse identificado un Episodio depresivo mayor en la entrevista MINI.

Atracón:

Definición conceptual: un atracón es un episodio discreto en el cual la persona consume mayor cantidad de comida y se asocia con una pérdida de control subjetiva de la persona durante el tiempo de ingesta, así mismo puede asociarse a malestar físico y emocional después de la ingesta, sentimiento de vergüenza al recordar el atracón.

Definición operacional: Que presente trastorno por atracón durante la entrevista clínica; así como una puntuación mínima de 14 en el Inventario de conducta de atracón (ICA) correspondiente a atracón moderado (Anexo 3).

Calidad de vida:

Definición conceptual: la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 1993)

Definición operacional: Puntajes obtenidos en el inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa) que van desde “Muy baja calidad de vida” con un puntaje de 1. Hasta “Muy buena calidad de vida” con un puntaje de 5 (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009)

Participantes

Al inicio del estudio se contó con cinco participantes que, de acuerdo con la literatura de investigación se han visto resultados confiables con una N entre 1 y 4 sujetos (Lundervold & Belwood, 2000; Olive & Smith, 2005; McGuigan 1984]). Posteriormente desertaron dos de ellos por lo cual se contó con tres sujetos:

Una mujer de 39 años de edad, IMC=40.75, Obesidad grado III, Resistencia a la insulina, Episodio depresivo mayor, Trastorno por atracón leve, Duelo complicado

Un hombre de 36 años de edad, IMC= 60.69, obesidad grado III, resistencia a la insulina; dislipidemia. episodio depresivo mayor, trastorno por atracón moderado.

Una mujer de 44 años de edad, IMC= 32.03 kg/mts2 obesidad grado I, diabetes Mellitus tipo 2, distimia, episodio depresivo mayor recurrente, Trastorno por atracón moderado.

Medición

Inventario de depresión de Beck: el inventario de depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) cuenta con una consistencia interna ($\alpha=.87$) demostrando propiedades psicométricas válidas y confiables para residentes en la ciudad de México (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998). El BDI ha sido utilizado para pacientes candidatos a cirugía bariátrica (Muñoz et al., 2007), por lo que es considerado un instrumento psicológico propio para dicha población.

Este instrumento cuenta con 21 reactivos que se contestan en formato Likert de 5 puntos, con una puntuación de 0-4 por reactivo. La prueba se califica de acuerdo con el puntaje objetivo en:

0-9 depresión mínima (ausencia de depresión o con sintomatología mínima)

10-19 depresión leve

20-29 depresión moderada

>29 depresión grave

Inventario para medir conducta de atracón e ingesta emocional (ICA):

como se describió en el estudio uno, el ICA, consta de dos factores; 1) conducta de atracón e 2) ingesta emocional, tiene una consistencia interna alta (alfa=.91 para el instrumento general y .90 y .95 para cada factor), cuenta con validez de constructo mediante un análisis factorial. Es válida y confiable para pacientes candidatos a cirugía bariátrica (Santiago, et al., en prensa).

El ICA cuenta con 20 preguntas, 10 para conducta de atracón; 10 para ingesta emocional, con opciones de respuesta tipo Likert de 6 puntos, con una puntuación de 0-5 por reactivo. La prueba se califica de acuerdo con el puntaje obtenido en:

Atracón: no presenta conducta de atracón”= puntuación 0-14; “atracón moderado”=14-34 y “atracón grave”>=35.

Ingesta emocional: “No presenta ingesta emocional”=0-9; “ingesta emocional moderada”=10-33; “ingesta emocional grave”>=35.

En cuanto a la escala total: “No presenta conducta de sobreingesta”=0-24 puntos; sobreingesta moderada=25-68 y sobreingesta grave>=69.

Entrevista Psiquiátrica MINI: la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI (MINI, por sus siglas en inglés), evalúa los principales diagnósticos del eje I de acuerdo con el DSM IV-TR, (Ferrando, Bobes, Gilbert, Soto & Soto, 2000).

Dicha entrevista se evalúa mediante el cuestionamiento de diversas sintomatologías, con opciones de respuesta dicotómicas y una puntuación específica por cada respuesta. La sumatoria total de los reactivos por cada psicopatología da como resultado si “Presenta” o “no presenta” dicha psicopatología.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA): el INCAVISA presenta valores de consistencia interna aceptables (de .68 a .93 para cada una de las sub escalas) así mismo presenta un nivel de correlación alto con el test de calidad de Vida de la OMS y confiabilidad test-retest (Riveros, Sánchez-Sosa & del Águila, 2009).

Cuenta con 62 preguntas en escala tipo Likert de 5 puntos, con calificación de 0-4 por reactivo, cuanta con las siguientes escalas:

Relación con el médico; Desempeño físico; Actitud ante el tratamiento; Redes sociales; Familia; Dependencia médica; Percepción corporal; Tiempo libre; Aislamiento; Vida cotidiana; Funciones cognitivas y Preocupaciones.

Cada subescala es calificada por la sumatoria individual de las mismas, que posteriormente se transforme mediante una tabla de normatividad, dando como resultado una calificación cualitativa que va desde “muy baja” (la peor calidad de vida posible) hasta “muy alta” (la mejor calidad de vida posible).

Procedimiento:

Se realizó una entrevista inicial a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica que asistieron a la clínica de obesidad del Hospital General “*Dr. Manuel Gea González*” la cual consiste en la aplicación de la entrevista semiestructurada MINI (Ferrando et al., 2000) y una entrevista semi estructurada para evaluar tipos de ingesta alimentaria e historia clínica del paciente (Anexo 6)

Posteriormente cada participante fue evaluado mediante el Inventario de depresión de Beck (BDI), el Inventario de conducta por atracón (ICA), entrevista MINI e InCaViSa.

Una vez concluida la aplicación la entrevista MINI así como los cuestionarios, se procedía a evaluarlos.

Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión eran invitados a participar en el estudio.

Se les invitaba a participar en la intervención, se les explicaron los objetivos y se les solicitaba, en su caso, su firma en la hoja de consentimiento informado (anexo 7).

Posteriormente se les solicitaba que contestaran durante las siguientes dos semanas dos cuestionarios (BDI e ICA) para la obtención de los datos de la línea base. Una vez finalizado este proceso, se comenzó con la intervención basada en atención plena una vez por semana.

Procedimientos clínicos:

La intervención fue realizada en modalidad individual, con una duración de 90 minutos. Cada sesión era administrada de forma semanal y al finalizar cada sesión se les pedía a los participantes que contestaran los inventarios antes descritos.

El programa de intervención basado en atención plena consistió en 10 sesiones de 90 minutos de duración cada una, cada sesión constituía un módulo al que se sometía al participante (*Programa de Intervención en Salud de Atención Plena y Compasión* [Balderas, Moreno, Pérez, Sánchez & Santiago, en prensa, derechos reservados]).

Cada sesión era administrada en una habitación perfectamente iluminada con asientos cómodos para terapeuta y paciente. También se contó con la ayuda de una computadora y apoyo audio visual (presentación en el programa *microsoft power point*).

Al inicio de cada sesión, se saludaba al paciente y se le mostraba los temas a revisar durante la misma. Durante la sesión número uno, se explicó el encuadre terapéutico, la forma de trabajo durante la duración de la intervención, se aclararon dudas y se realizó una introducción a la atención plena mediante una presentación power point.

De forma general, al finalizar cada módulo y comenzar uno nuevo, se realizaba un resumen del módulo previo, se aclaraban dudas y se realizaban preguntas al participante para demostrar el conocimiento adquirido durante el módulo previo.

Durante cada sesión se realizaban exposiciones de temas y actividades de meditación y escritas. Al término de cada actividad se hacía una reflexión y se aclaraban dudas a los participantes.

Al finalizar cada sesión se tomaban medidas de peso, conducta de atracón y sintomatología depresiva por medio de los inventarios antes descritos. Se agradecía la participación y se daba una nueva consulta para el siguiente módulo.

Dos semanas después de concluir la intervención de 10 sesiones, se volvió a pedir a los participantes que contestaran los inventarios ya mencionados para obtener la medición post-intervención.

Los objetivos de cada módulo del ***Programa de Intervención en Salud de Atención Plena y Compasión*** son descritos brevemente a continuación (tabla 6):

Tabla 8. Programa de Intervención en Salud de Atención Plena y Compasión

Programa de Intervención en Salud de Atención Plena y Compasión		
Sesión	Nombre	Objetivos
1	Introducción a la atención plena y compasión	Que el participante conozca el contenido del programa, e introducirlo a los conceptos de atención plena.
2	Bases de la atención plena y compasión	Que el participante identifique el origen de los pensamientos y emociones desde la perspectiva de la atención plena.
3	Filosofía básica de la atención plena y compasión	Que el participante conozca una forma de alivio al sufrimiento con el reconocimiento y la práctica de las cuatro nobles verdades (filosofía de la atención plena)
4	Conceptos básicos de la atención plena	Que el participante conozca y lleve a la práctica los conceptos básicos de la atención plena
5	Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana	Que el participante practique la atención plena y compasión a lo largo del día.
6	Atención plena y hábitos saludables	Que el participante la atención plena y compasión en la alimentación y actividad física
7	Acciones que favorecen el bienestar	Que el participante practique y conozca las acciones que favorecen el bienestar
8	Comunicación atenta y compasiva	Que el participante pueda aplicar la atención plena y compasión a las relaciones interpersonales
9	Resolviendo conflictos con atención plena y compasión	Que el participante pueda reconocer los elementos de la atención plena y la compasión que favorecen la resolución de alguna vivencia aflictiva y ayuden a disminuir el malestar
10	Mantenimiento de la práctica: viviendo con atención plena y compasión	Que el participante conozca el significado de aspiraciones como base para mantener la práctica de atención plena, aunada a hábitos saludables como ejercicio físico, alimentación saludable y práctica de meditación.

Resultados

Depresión

A continuación se muestran los niveles de sintomatología depresiva registrados para cada uno de los participantes.

Figura 6. Niveles de depresión para los tres participantes.

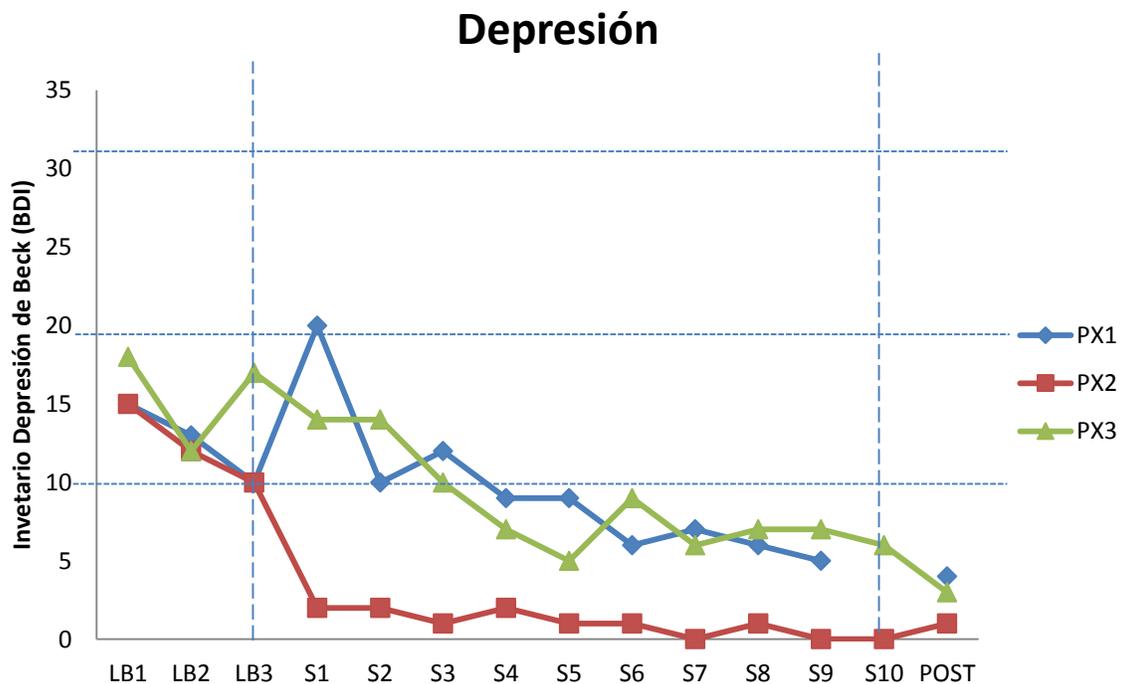


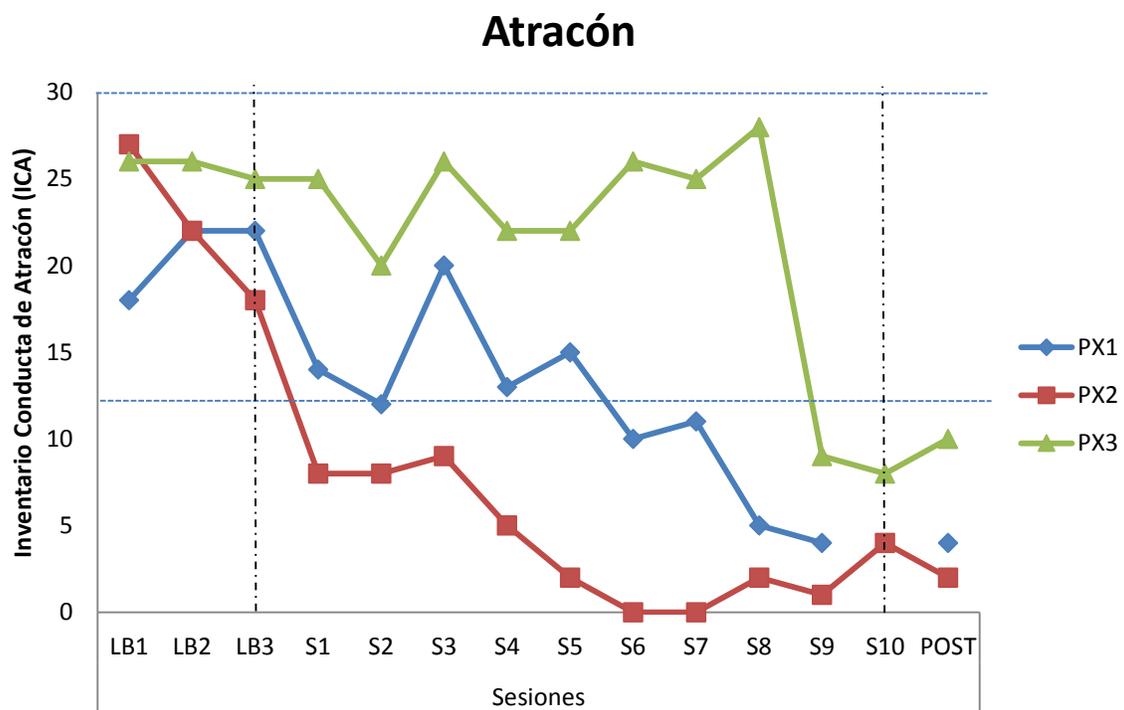
Figura 6. LB= Línea Base; S=Sesión; POST= Evaluación post-intervención a dos semanas. PX= Participante.

Las líneas horizontales punteadas representan los puntos de corte para los niveles de depresión (leve, moderada y severa). En medio de las líneas verticales punteadas se muestran las mediciones durante la intervención; Izquierda Línea base; Derecha post-intervención realizada dos semanas después de la intervención.

Atracón

A continuación se muestran los resultados para el factor “atracón” del inventario de Conducta de Atracón e Ingesta Emocional (ICA).

Figura 7. Niveles de atracón para los tres participantes.

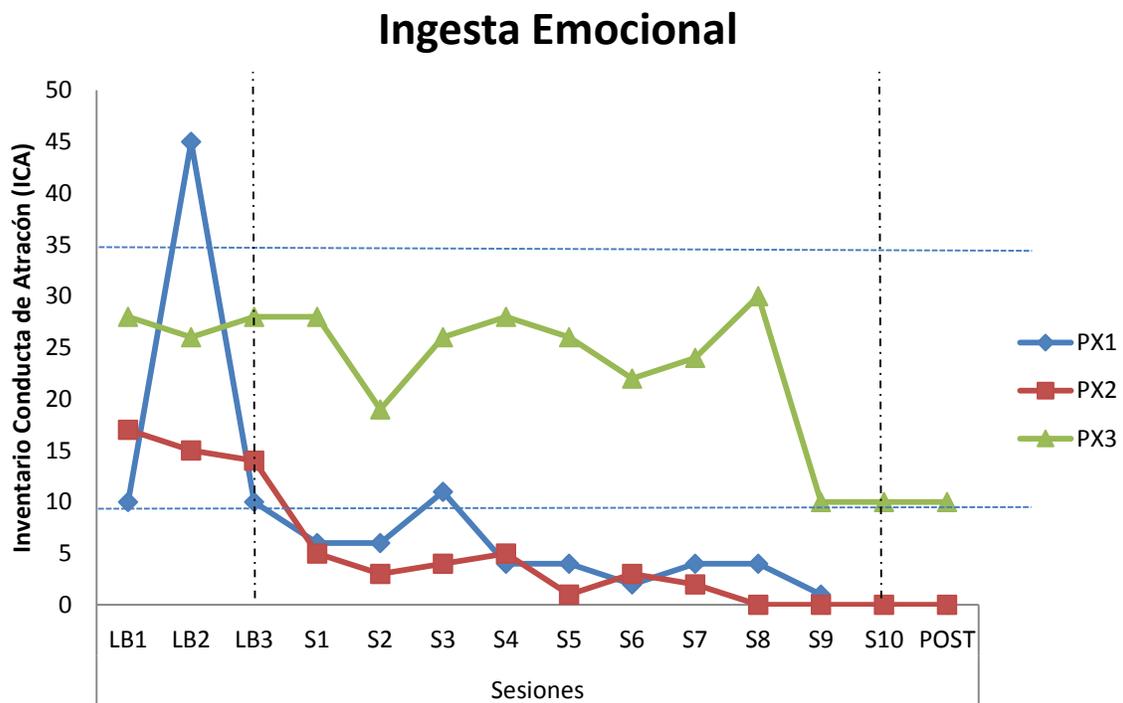


LB= Línea base; S= Sesión; Post= Evaluación post-intervención, PX= Participante. La primera línea horizontal punteada representa el punto de corte para atracón leve, la segunda para atracón moderado.

Ingesta emocional

A continuación se muestran los niveles del rubro “ingesta emocional” del inventario de conducta de atracción e ingesta emocional para los tres participantes.

Figura 8. Niveles de ingesta emocional para los tres participantes.



LB= Línea base; S= Sesión; Post= Evaluación post-intervención, Las líneas horizontales representan el punto de corte para ingesta emocional leve, moderada y severa respectivamente.

Para evaluar la efectividad del tratamiento, se realizó un análisis conocido como “índice NAP (*Nonoverlap of all pairs*), ya es considerado como el mejor análisis disponible para los diseños de caso único (Parker & Vanest, 2009) A continuación se muestra el tamaño del efecto (tabla 9) con un valor que oscila entre 0 y 1, para las variables principales y los tres participantes.

Tabla 9.

Índice NAP (Tamaño del efecto) para depresión, atracón e ingesta emocional.

Participante	Depresión	Atracón	Ingesta emocional
1	0.85**	0.96***	0.93***
2	1***	1***	1***
3	0.93***	0.75**	0.75**

Notas: ** Tamaño del efecto moderado

*** Tamaño del efecto grande

El participante uno muestra un tamaño del efecto grande para las variables relacionadas con el tipo de ingesta, es decir, se muestran niveles significativos en la disminución de conducta de atracón e ingesta emocional. En cuanto a la sintomatología depresiva se muestra un tamaño del efecto moderado.

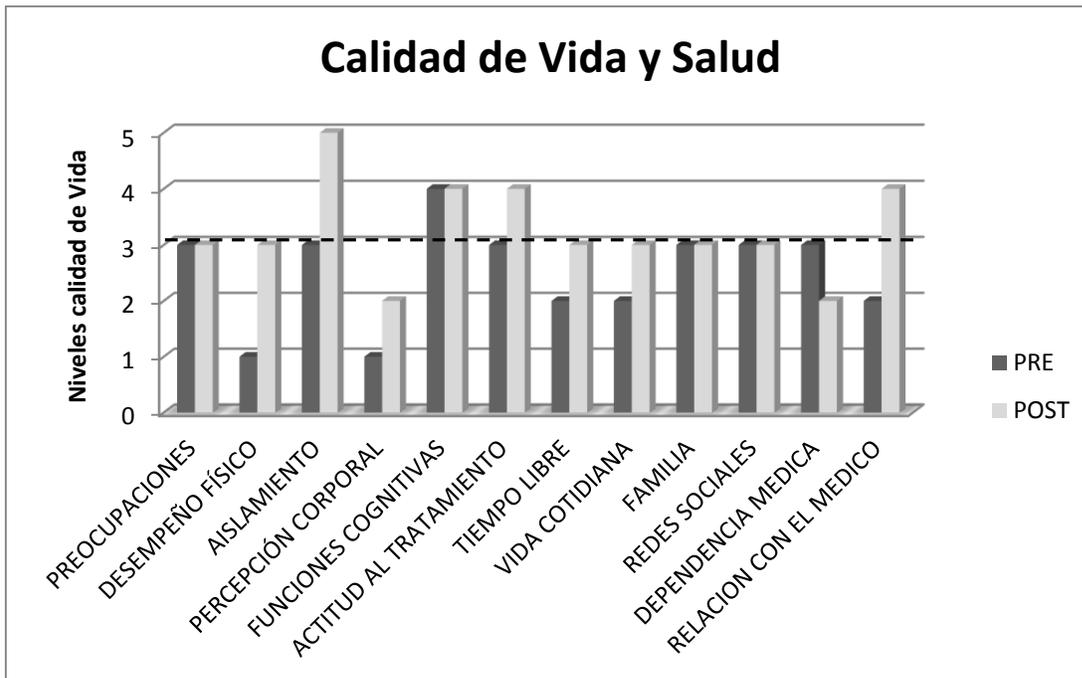
Para el segundo participante se aprecia un tamaño del efecto grande para conducta de atracón, ingesta emocional y sintomatología depresiva. Lo cual indica una disminución considerable para dichas variables.

El tercer participante muestra un tamaño del efecto grande para depresión, en cuanto a las variables de conducta de atracón e ingesta emocional se aprecia un tamaño del efecto moderado, las tres variables demuestran una disminución posiblemente atribuida a la intervención de atención plena.

Calidad de Vida

A continuación se presentan los niveles de calidad de vida de acuerdo al inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA).

Figura 9. Grados de calidad de vida pre y post intervención para el participante uno.



Grado de Calidad de vida: 1=Muy baja; 2=Baja; 3=Normal; 4=Alta; 5=Muy alta. La línea punteada horizontal representa un nivel "normal" de calidad de vida.

Las áreas “Desempeño físico”, “Tiempo libre”, “vida cotidiana” y “relación con el médico”, mejoraron considerablemente al pasar de un estado “bajo o muy bajo” (una mala calidad de vida para dichas áreas) a niveles “normales” o “altos” lo cual significa que hubo una mejoría en la calidad de vida. El área “percepción corporal” mejoró, sin embargo aún se encuentra en niveles por debajo de lo esperado, pasando de “muy mala” a “mala” calidad de vida.

Las áreas: funciones cognitivas, aislamiento y actitud al tratamiento, previas al tratamiento se encontraban en niveles “normales” o sin deficiencia. Posterior al tratamiento, los niveles pasaron de “bueno” a “muy buenos” en esas áreas.

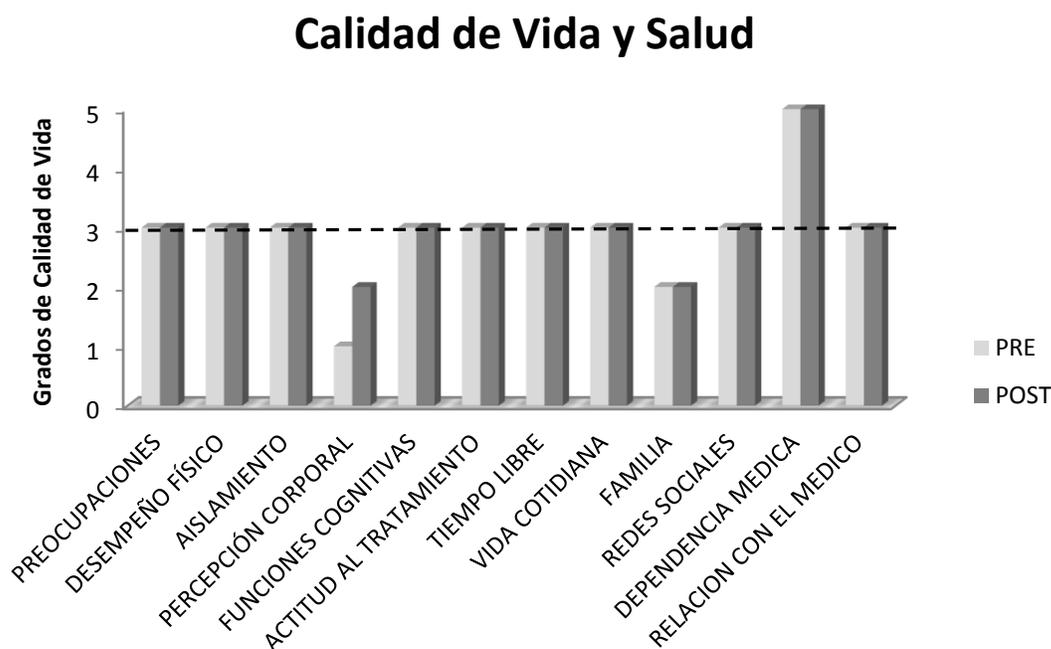
Figura 10. Grados de calidad de vida pre y post intervención para el participante dos.



Grado de Calidad de vida: 1=Muy baja; 2=Baja; 3=Normal; 4=Alta; 5=Muy alta.

Las áreas “funciones cognitivas”, “actitud al tratamiento”, “tiempo libre”, “vida cotidiana” y “familia” se encontraban en los valores más altos (la mejor calidad de vida posible) previas al tratamiento. El área “Relación con el médico” mejoró considerablemente hasta el mayor nivel. El área “Preocupaciones” también mostró una mejora. Por última, el área “dependencia con el médico” disminuyó, lo cual implica una mejoría y por tanto mayor autonomía respecto a su enfermedad.

Figura 11. Grados de calidad de vida pre y post intervención para el participante tres.



Grado de Calidad de vida: 1=Muy baja; 2=Baja; 3=Normal; 4=Alta; 5=Muy alta.

Las áreas “preocupaciones”, “desempeño físico”, “aislamiento”, “funciones cognitivas”, “actitud ante el tratamiento”, “tiempo libre”, vida cotidiana”, “redes sociales” y “relación con el médico” no se encontraban con deterioro previas al tratamiento, posterior al mismo se mantuvieron dichos niveles. El área “Percepción corporal” obtuvo una pequeña mejoría, sin embargo, aun después de

la intervención se mantuvo con deterioro. Finalmente el área “familia” permaneció igual pre y post tratamiento.

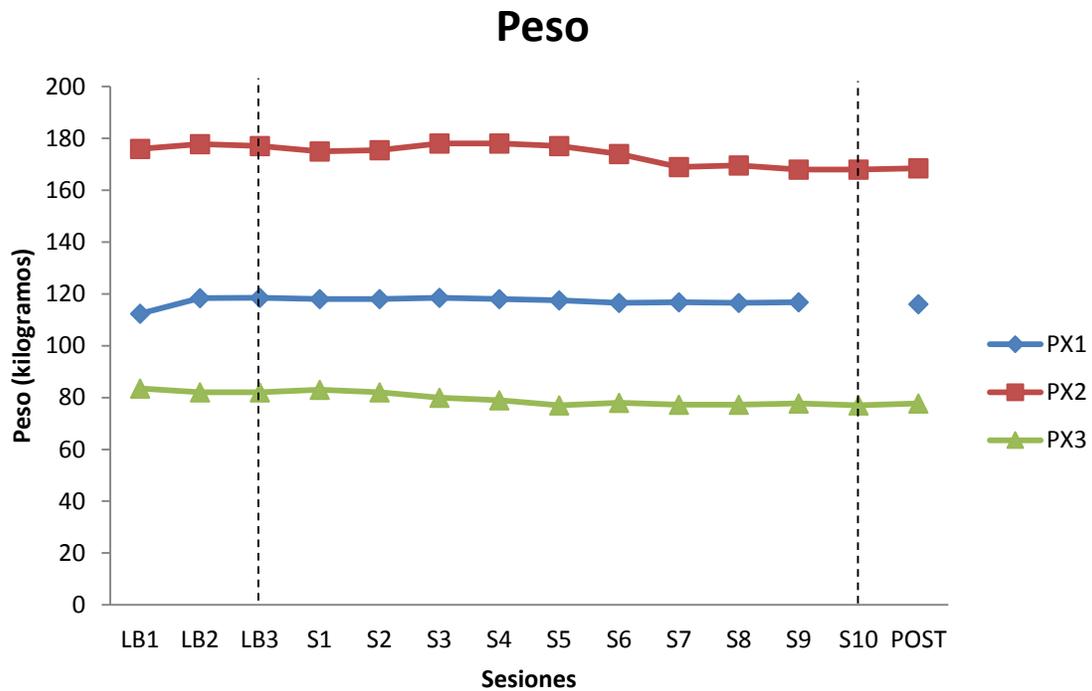
Figura 12. Calidad de Vida pre-post, *datos cualitativos*.

PARTICIPANTE	PRE	POST
Participante 1		
Participante 2		
Participante 3		

Figura 12. Representa de forma cualitativa la calidad de vida expresada por los participantes en el Inventario de Calidad de Vida y Salud previo y posterior al tratamiento.

Figura 13. Registro de peso para los tres participantes.

Figura 13. Registro de peso, no se aprecian diferencias en la disminución del peso.



PX=Participante; LB= Línea base; S= Sesión; POST=Evaluación post-intervención. En medio de las líneas punteadas verticales se encuentran las evaluaciones del peso durante la intervención.

Se puede apreciar una ligera disminución de peso para cada uno de las participantes.

Tabla 10

Correlación entre variables principales para el participante uno

	Peso corporal	Depresión	Atracón	Ing. Emo.
Peso corporal	1	.045	.243	.237
Depresión	.045	1	.656**	0.403
Atracón	0.24	0.656**	1	0.645**
Ing. Emo.	0.237	0.403	.645**	1

Ing. Emo.= Ingesta emocional

**Correlación significativa a nivel .01

Existe una correlación significativa entre atracón, depresión e ingesta emocional, con excepción de peso corporal. Ninguna otra variable presenta una correlación significativa.

Tabla 11

Correlación entre variables principales para el participante dos

	Peso corporal	Depresión	Atracón	Ing. Emo.
Peso corporal	1	0.499	0.567*	0.617**
Depresión	0.499	1	0.961**	0.97**
Atracón	0.567*	0.961**	1	.954**
Ing. Emo.	.617**	.970**	.954**	1

Ing. Emo.= Ingesta Emocional.

*Significancia a nivel .05

**Significancia a nivel .01

Se puede apreciar que existe una fuerte asociación entre depresión, atracón e ingesta emocional, para la variable peso corporal se asociaron las variables atracón e ingesta emocional, si bien la relación es significativa, es una asociación con un coeficiente de correlación moderado ($r=.5$).

Tabla 12

Correlación entre variables principales para el participante dos

	Peso corporal	Depresión	Atracón	Ing. Emo
Peso corporal	1	0.925**	0.42	0.429
Depresión	.925**	1	0.489	0.475
Atracón	0.42	0.489	1	0.941**
Ing. Emo.	0.429	0.475	0.941**	1

**Significancia a nivel .01

La variable peso corporal muestra una asociación fuerte y estadísticamente significativamente con depresión, así mismo atracón e ingesta emocional presentan una correlación fuerte ($r=.94$)

En todos los casos se mostró una asociación fuerte entre atracón e ingesta emocional, si bien son factores independientes, se puede apreciar una correlación cercana a 1.

En cuanto a la variable peso corporal, únicamente para el participante dos se muestra una asociación con la variable depresión, siendo para los demás casos y variables que no se presenta una correlación significativa con la variable peso.

Discusión

De acuerdo con los análisis realizados, la depresión y el trastorno de atracón, se redujeron muy posiblemente debido a la intervención de atención plena, mostrando resultados con un tamaño del efecto de moderado a grande.

Sin embargo, para el paciente 2, fueron un tanto modestos ya que aunque los resultados apuntan hacia la efectividad, se tuvo una tendencia hacia la mejora desde la línea base. En este caso una limitación para el índice NAP es que no es sensible a las tendencias, desde la línea base, el participante muestra una tendencia hacia la mejoría.

De esta manera, no se puede determinar si la depresión y el atracón disminuyeron debido a la intervención o era la tendencia natural del participante. Sin embargo, clínicamente, el mantenimiento de los niveles bajos en ambas psicopatologías podrían atribuirse a la intervención. En síntesis, se considera que se trata de una intervención útil, breve y efectiva para la depresión y el trastorno por atracón en pacientes como los estudiados.

Tal como apunta la literatura de investigación, un tratamiento breve basado en atención plena y compasión puede beneficiar a pacientes candidatos a cirugía bariátrica que padecen trastorno por atracón y depresión comórbidas. Dicha intervención puede utilizarse como un tratamiento efectivo y de bajo costo para intervenciones pre-operatorias en pacientes que buscan una cirugía bariátrica.

Sugerencias para estudios posteriores

Una limitación del presente estudio es el número de participantes (3), aunque se hayan reportado intervenciones confiables con una $n=1-4$ participantes. Sería conveniente llevar a cabo dicha intervención con una n mayor o bien de forma grupal para demostrar mayor validez, también se podría comparar con otro tipo de técnicas cognitivo conductuales. Finalmente, se sugiere determinar un seguimiento post quirúrgico para los pacientes que sean sometidos a dicha intervención a tres, seis, nueve y 12 meses de la intervención.

Conclusiones

La intervención basada en atención plena y compasión de 10 sesiones puede considerarse un tratamiento psicológico efectivo para tratar ambas tanto sintomatología depresiva como conducta de atracón simultáneamente, así mismo es un tratamiento breve de bajo costo para pacientes candidatos a cirugía bariátrica que se encuentran en fase de preparación pre-quirúrgica.

Aun cuando se trató a pacientes comórbidos depresión-trastorno por atracón y obesidad, es muy probable que personas con otros padecimientos puedan beneficiarse de dicha intervención, específicamente trastornos de ansiedad y otros trastornos de alimentación.

Convendría agregar a la evaluación de factores relacionados con el tratamiento como el incremento de “felicidad”, “tranquilidad” o “paciencia” así como un instrumento válido que pueda medir objetivamente dos de los constructos principales de la intervención: atención plena y compasión, de modo que se garantice la integridad del tratamiento. Un dato promisorio en este sentido lo constituye el informe verbal de los participantes, el cual sugiere un incremento en dichos constructos, experimentados personalmente.

La intervención mostró efectividad participantes con atracón de nivel leve a moderado así como de depresión leve a moderada. Es probable que la intervención puede ser igual o mayormente útil con pacientes con niveles más graves de dichas psicopatologías.

El peso corporal, contrario a varios hallazgos de la literatura de investigación, no se asoció a una variable en particular, y su relación se aprecia distinta para cada participante. En este sentido quizá podría concluirse que una persona sometida a una intervención de atención plena y compasión puede tener remisión de psicopatologías y que éstas no necesariamente dependen directamente del peso corporal posterior a la cirugía.

En efecto, la literatura en atención plena, concuerda ya que la causa de diversas aflicciones psicológicas son derivadas de “aferramientos” o “expectativas” hacia ciertas creencias, mismas que suelen ser significativas en pacientes que padecen sobrepeso y obesidad.

No se sugiere que la intervención basada en atención plena y compasión reemplace hábitos como dieta saludable ya que no se observó una disminución considerable en el peso. De hecho el sobrepeso y la obesidad se consideran enfermedades de origen multifactorial como la genética y la nutrición, y no únicamente derivada de una mente saludable. Sin embargo parece haber sido efectiva para mantener el peso corporal y quizá pueda derivar en disminución del mismo a largo plazo. Por ello se sugiere que dichas intervenciones incluyan elementos propios de un plan de alimentación y actividad física saludable.

La intervención es efectiva para mejorar la calidad de vida de los participantes principalmente en percepción corporal, lo que constituye un indicador indirecto en la mejora de aceptación personal, situación que suele ser notablemente afectada en pacientes que padecen sobrepeso y obesidad.

Finalmente, cabe mencionar que los participantes se encontraban en un tratamiento conjunto con nutrición, medicina del deporte, y tratamiento médico, por lo que futuros estudios deberían aislar dicho efecto.

Referencias

- Allen, K., Byrne, S., & McLean (2011). The dual-pathway and cognitive-behavioural models of binge eating: prospective evaluation and comparison. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1). 51-62.
- Altman, D. G., Lausen, B., Sauerbrei, W. & Schumacher, M. (1994). Dangers of using "optimal" cutpoints in the evaluation of prognostic factors. *Journal of the National Cancer Institute*, 86(11), 829-835.
- Alvarado, Guzmán & González (2005). Obesidad, ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 417-428.
- American Society for Bariatric Surgery (ASBM) (2004) *Suggestions for the presurgical psychological assessment of bariatric surgery candidates*. Recuperado de <http://www.assessmentpsychology.com/PsychPresurgicalAssessment.pdf>
- American Society for Bariatric Surgery (2008) ASMBS Allied Health Nutritional Guidelines for the Surgical weight loss patient. *Surgery for obesity and Related Diseases*. S73-S108.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Tests Psicológicos*. 7ma edición. México. Prentice Hall.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R. & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146(1), 397-407.
- Baer, R., Fischer, S. & Huss, D. (2005) Mindfulness-Based Cognitive Therapy Applied to Binge Eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 351-358.

- Baile, J. I. & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Birgegard, A., Clinton, D. & Norring, C. (2013). Diagnostics issues of binge eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 175-283.
- Birnie, K., Speca, M. & Carlson, L. (2010). Exploring Self-compassion and Empathy in the context of mindfulness-based stress reduction. *Stress and Health*, 26(1), 359-371.
- Bouchard C, Desprès J., & Mauriege P. (1993). Genetic and nongenetic determinants of regional fat distribution. *Endocrine Reviews*, 14(1). 72-93.
- Buchwald, H. (2005) Consensus Conference Statement surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *Surgery for obesity and Related Diseases*. 1(3), 371-381
- Burrows, R., Leiva R., Weistaub, G., Ceballos X., Gattas V., Lera L. & Albala C. (2007). Síndrome metabólico en niños y adolescentes: asociación con sensibilidad insulínica y con magnitud y distribución de la obesidad, *Revista Médica de Chile*, 135(1), 174-181.
- Bustamante, F., Williams, C., Vega, E. & Prieto, B. (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 58(6), 481-485.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Brown, K., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

- Canizales-Quinteros, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16(1), 9-15.
- Cannetti, L., Bachar, E. & Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioral Processes*, 60(2), 157-164.
- Cardona, A., Agudelo, G. & Byron, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Carim-Todd, L., Mitchell, S. H. & Oken, B. S. (2013). Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 399-410. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.014.
- Consatnzo, P. R., Reichmann, S. K., Friedman, K. E., & Musante, G. J. (2001). The mediating effect of eating self-efficacy on the relationship between emotional arousal and overeating in the treatment-seeking obese. *Eating Behaviors*. 2(1), 363-368.
- Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080. [doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009)
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.
- Cosley, B., McCoy, S., Saslow, L., & Epel, E. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of Compassion and Social Support for Physiological Reactivity to Stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(1), 816–823. doi:10.1016/j.jesp.2010.04.008.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y. & Shapira (2011). Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eating Disorders*, 19(1), 17-33.

- Csendes, A. (2009). Comparación de bypass gástrica laparotómico y laparoscópico. Evidencias científicas actuales. *Revista Chilena de Cirugía*, 61(4), 381-386.
- Crespo, M. L. & Ruiz, S. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica y su papel en el pronóstico posoperatorio. *Universitas Médica*, 47(2), 157-176.
- De Zwaan, M., Enderle, J., Wagner, S., Barbara, M., Ditzen, B. & Gefeller, O. (2011). Anxiety and depression in bariatric surgery patients: A prospective, follow-up study using structured clinical interviews. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 61-68. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.025.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de Mindfulness*, Ed. Desclée Brouwer, 2da. Ed, 1ª impresión, Barcelona, 848pp.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. & Jacobson, N. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal Consultant Clinical Psychology*. 74(4), 658-70.
- Diez del Val I., Martínez-Blázquez, C., Valencia-Cortejoso, J., Sierra-Esteban, V. & Vitores-López, J. (2004). Bypass gástrico. *Cirugía española*, 75(5), 244-50.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., Rizvi, S. L., Gollan, J., Dunner, D. & Jacobson, N. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal Consultant Clinical Psychology*, 76(3), 468-477. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.468.

- Durán J., Sarabia, E. & Condori, J. (2005). By-pass Gástrico. *Reviste de Arte y Ciencia Médica*, 7(1), 22-23.
- Durazo, A., Barquera, S., Lazo, E., Franco, M. & Cooper, R. (2008). Cardiovascular disease surveillance in Mexicans and Mexican Americans: a tale of two countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1), 119-24.
- Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Wadden, T. A., Sarwer & Krasucki. (2006). How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery?. Survey results. *Obesity Surgery*, 16(1), 567-572.
- Fairburn, C. G. (1993). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*, 12th ed. Guilford Press. New York.
- Ferrando, L; Bobes, J; Gilbert, J; Soto, M & Soto, O (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. Versión en Español 5.0.0. Madrid: Instituto IAP.
- Forman, E., Butryn, M.L., Hoffman, K.L., & Herbert, J. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 223-235.
- Franco, K., Álvarez, G. L. & Ramírez, R. E. (2011). Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 148-164.
- Franz, M. J., VanWormer, J. J., Cran, A. L., Boucher, J. L., Histon, T., Caplan, W., Bowman, J. & Pronk, N. (2007). Weight-Loss Outcomes: A systematic review and Meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American dietetic association*, 107(10), 1755-1767.

- Fuentes, L. E. (2013). Metodología para la elección de punto de corte óptimo para dicotomizar covariables continuas. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 7(3), 36-42.
- García. F., Solís, J., Calderón, J., Luque, E., Neyra, L., Manrique, H., Cancino, R., Castillo, P., Cornejo, S., Rodríguez, E., Freundt, J., Escudero, R. & Zacarías, E. (2007). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20(3), 90-94. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a02v20n3.pdf>
- García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G. & Gálvez-González (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problema de salud pública. *Salud pública en Tabasco*, 16(1). 891-895.
- Gempeler, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(2), 242-250.
- Goetz, J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(1), 351–374. doi:10.1037/a0018807.
- Greeno, C., Wing, R. & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 95-102.
- Grilo, C., Crosby, R., Wilson G. & Masheb, R. (2012). 12-month follow-up of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 1108-1113.

- Grilo, C., Masheb, R., Wilson, G., Gueorguieva, R. & White, M. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 675-685.
- Groop L., & Orho-Melander, M. (2001). The dysmetabolic syndrome. *Journal of Internal Medicine, 205*(1), 105-20.
- Grucza R., Krueger R., Racette S., Norberg K., Hipp P., & Bierut L. (2010). The emerging link between alcoholism risk and obesity in the United States. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 1301-1308.
- Guardiola, R., Sanz-Valero, J. & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eating Disorders, 19*(1), 34-48.
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica Mexicana, 140*(2), S27-S32.
- Hidalgo-Ramussen, C. A., Hidalgo-San Martín, A., Rasmussen-Cruz, B. & Montaña-Espinoza, R. (2011). Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27*(1), 67-77.
- Hooker, D. & Convisser, E. (1983). Women's eating problems: An analysis of a coping mechanism. *Personnel and Guidance Journal, 62*(4), 236-239.
- Hornero, J. & Gastañaduy, M. J. (2005). Valoración psicológica y psiquiátrica de los candidatos a cirugía bariátrica. *Papeles del Psicólogo, 26*(90), 10-14.
- Huggard, P. (2003). Compassion fatigue: How much can I give?. *Medical Education, 37*(1), 163-164.

- IFSO (2015). Sleeve Gastrectomy Surgery. Multimedia Health Education recuperado de: <http://www.ifso.com/wp-content/themes/ypotheme/pdfs/tube-gastrectomy.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012). Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012. México.
- Jinpa, G. T. (2010). Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual (no publicado). En: Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J., Gross, J. & Goldin, P. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38(1), 23-35.
- Jefferey, R., Epstein, L., Wilson, G. & Drenowski, A. (2001) Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychology*, 19(1), 5-16.
- Johnson, C. & Pure, D. L. (1986). Bulimia: An analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 341-351.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kass, A., Kolko, R. & Wifley, D. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Eating disorders*, 26(6), 549-555.
- Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L. & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31(1), 1238-1261.
- Keel, P. K., Mayer, S. A. & Harnden-Fischer, J. H. (2010). Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 294-301.

- Kenny, M. & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 617-625.
- Kishi, T. & Elmquist, J. K. (2005). Body weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. *Molecular Psychiatry*, 10(1), 132-146.
- Klimecki, O. M. Leiberg, S., Ricard, M. & Singer, T. (2013). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance Access*, 9(6), 873-879. doi:10.1093/scan/nst060.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, 2(4), 219-229.
- Larsen, J., van Surien, T., Eisinga, R., y Engels, R (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individual. *Journal of psychosomatic Research*, 60(1), 237-243.
- Leahey, T., Crowther, J & Irwin, S. (2008) A Cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and behavioral practice*, 15(1), 364-375.
- Lehman, A. K. & Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 57(1), 117-22.
- López, M. del Pilar, I. & Díaz, J. (2012). La televisión y su relación con el estado nutricional y frecuencia de consumo en niños de un conjunto habitacional de Talca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(4), 129-134.
- Legenbauer, T., Petrak, F., de Zwaan, M. & Herpertz, S. (2011). Influence of depressive and eating disorders on short- and long-term course of weight after surgical and non-surgical weight-loss treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 301-311.

- Legenbauer, T., de Zwaan, M. & Herpertz, S. (2011). *Psychosocial Problems and Psychiatric Disorders Pre-and Post Bariatric Surgery*. En: Mitchell & de Zwaan (Eds.). *Psychosocial Assessment and Treatment of Bariatric Surgery Patients*. Oxford.
- Lowe, M. & Levine, A. (2005). Eating motives and the controversy over dieting: Eating less than needed versus less than wanted. *Obesity Research*, 13(1), 197-806.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. & Davidson, R. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Plos one*, 3(2), 1-10.
- Martínez de Morentin, P. B., Whittle, A. J., Ferno, J., Noqueiras, R., Diéguez, C., Vidal-Puig, A. & López, M. (2012). Nicotine induces negative energy balance through Hypothalamic AMP-Activated Protein Kinase. *Diabetes*, 61(4), 807-817.
- Matousek, R. H., Dobkin, P. L. & Pruessner, J. (2010). Cortisol as a marker for improvement in mindfulness-based stress reduction. *Complement Therapy Clinical Practice*, 16(1), 13-19. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.06.004.
- Medrano, J., Serrato, E., Boix, L. y Delgado-Rodríguez, M. (2005) Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Medicina Clínica*, 124 (16) 606-612.
- Merrell, J., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2012). Psychological risk may influence drop-out prior to bariatric surgery. *Surgery of Obesity Related Disorders*, 8(1), 463–469.
- Mond, J. M., Latner, J. D., Hay, P. H., Owen, C. & Rodgers, B. (2010). Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behavioral Research Therapy*, 48(7), 661-669. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.020.

- Moreno-Torres, E., Hernández-Ramírez, I. & Zúñiga-López, G. (2013). Reducción de la obesidad luego de sleeve gástrico en una cohorte de 15 pacientes. *Revista CES Medicina*, 27(2), 185-192.
- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Tuch, A. & Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 102-113.
- Morales, J. (2010). *Obesidad, Un enfoque multidisciplinario*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México.
- Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C. & de Zwaan, M. (2013). Psychiatric Aspects of Bariatric Surgery. *Current Psychiatry Rep*, 15(10), 397. doi: 10.1007/s11920-013-0397-9.
- Müller A., Claes L., Wilderjans T., de Zwaan M. (2014). Temperament subtypes in treatment seeking obese individuals: a latent profile analysis. *European Eating Disorders Review*. 22(1), 260–266.
- Muñoz, D. J., Chen, E., Fischer, S., Roehrig, M., Sanchez-Johnson, L., Alverdy, J., Dymek-Valentine, M. & le Grange, D. (2007). Considerations for the use of the Beck Depression Inventory in the Assessment of Weight-Loss Surgery Seeking Patients. *Obesity Surgery*, 17(1), 1097-1101.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Eating disorders –core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE Clinical Guideline No. 9. Londres.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(1), 223–250. doi:10.1080/15298860309027.

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*. [Epub ahead of print]. doi:10.1002/jclp.21923.
- Neff, K., Rude, S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002.
- Neff, K.D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Norris, S., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Bowman, B., Sedula, M., Brown, T., Schmid, C. & Lau, J. (2004). Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: A meta-analysis. *The American journal of medicine*, 117(10), 762-774. [doi:10.1016/j.amjmed.2004.05.024](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.05.024)
- Oliva, J. (2009). *Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud*. Libro electrónico, disponible en: <http://www.uclm.es/dep/daef/DOCUMENTOS%20DE%20TRABAJO/2009-3%20DT-DAEF.pdf>
- OMS (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQoL). *Quality of Life Research*, 2(1), 153-159.
- OMS (2000). Global prevalence and secular trends in obesity. en: *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic WHO. Geneve: Report*, 16-37.
- OMS (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva, Mayo 2012. No 311. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311 Consultado: 12-06-2013.

- OMS (2013a). *10 datos sobre la obesidad*. (Consultado en Marzo de 2013) recuperado de:
<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/index1.html>
- OMS (2013b). Plan de acción mundial para prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Revisado y actualizado. Versión 15 de marzo de 2013. Disponible en:
www.who.int/cardiovascular_diseases/15032. Consultado: 12-06-2013
- OMS. (2015a). *Obesidad y sobrepeso*. Fact sheet No. 311 Tomado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> consultado agosto de 2015.
- OMS (2015b). *La depresión*. Nota descriptiva No. 369. Recuperada de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Parker, R.I., & Vannest, K. J. (2009). An improved effect size for single case research: Non-overlap of all pairs (NAP). *Behavior Therapy*, 40(1), 357-367.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. I., Renjilian, D. A. & Viegner, B. J. (2001). Relapse prevention training and problem solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 69(1), 722-726.
- Petry N., Barry D, Pietrzak R., & Wagner J. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatics Medicine*, 70(1), 288-297.
- Pollert, G., Engel, S., Schreiber-Gregory, D., Cao, L., Wonderlich, S., Tanofsky-Draff, M. & Mitchell, J. (2013). The role of eating and emotion in binge eating disorder and loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 233-238.

- Pratt, E. M., Niego, S. H. & Agras, W. S. (1988). Does the size of a binge matter?. *International Journal of Eating Disorders*, 24(1), 307-312.
- Robinson, E., Aveyard, P., Daley, A., Jolly, K., Lewis, A., Lycett, D. & Higgs, S. (2013). Eating attentively: a systematic review and meta-analysis of the effect of food intake memory and awareness on eating. *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(1), 728-742.
- Romero, C. (2010) Cirugía Bariátrica en América Latina. Cirujano General. 32(2). Revista digital. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg102j.pdf>
- Reas, D. L., White, M. A., & Grilo, C. M. (2006). Body Checking Questionnaire: psychometric properties and clinical correlates in obese men and women with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 326-331. doi: 10.1002/eat.20236
- Reas, D. & Grilo, C. (2008). Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*, 16(1), 2024-2038.
- Ríos et al. (2008) Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K. Greeson, J. M., Edaman, J., Jasser, S. A., McMearthy, K. D. & Goldstein, B. J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type-2 diabetes mellitus: Apilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13(5), 36-38.
- Ryden, A. & Torgerson, M. (2006). The swedish Obese Subjects Study - what has been accomplished to date?. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(1), 549-56
- Saber, A., Elgamal, M., & Mcleod, M. (2008). Bariatric Surgery: The past, Present, and Future. *Obesity Surgery*. 18(1), 121-128.

- Sánchez, J. & Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.
- Schulz, S. & Laessle, R. (2010). Associations of negative affect and eating behavior in obese women with and without binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 15(1), 287-293.
- SSA (2015a). Clínica de obesidad. Recuperado de:
<http://hospitalgea.salud.gob.mx/servicios/cl%C3%ADnica-de-obesidad.aspx>
- SSA (2015b). Boletín epidemiológico, 6(42), 1-64 pp. Recuperado el 24 de agosto de 2015 de
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem06.pdf>
- Shomaker L., Tanofsky-Kraff, M., Elliott C., Wolkoff, L., Columbo, K., Ranzenhofer, M., Roza, C., Yanovski, S. & Yanovski, J. (2010). Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter?. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 707-716.
- Shonin, E. Van-Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M. & Griffiths (2010). Buddhist-Derived Loving-kindness and Compassion for the Treatment of Psychopathology: a Systematic review. *Mindfulness*, 6(5), 1161-1180. DOI 10.1007/s12671-014-0368-1
- Siegel, R. D. (2011). *La solución mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianas*. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Silva, J. (2007). Sobrealimentación inducida por la ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endócrina. *Terapia Psicológica*, 25(2), 141-15.
- Smith, BW., Shelley, BM., Leahigh, RN & Vanleit, B. (2006). A preliminary study of the effects of a modified mindfulness intervention on Binge eating. *Complementary Health Practice Review*, 11(3), 133-143.

- Tamayo, D. & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Trace, S., Thornton, L., Root, L., Mazzeo, S., Lichtenstein, P., Pedersen, N. & Bulik, C. (2012). Effects of Reducing the frequency and Duration Criteria for Binge Eating on Lifetime Prevalence of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: Implications for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 531-536.
- Urzúa, A. & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
- Wanden-Berghe, R. G., Sanz-Valero, J. & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: as systematic review. *Eating Disorders*, 19(1), 34-48. doi: 10.1080/10640266.2011.533604.
- Wadden T. A., & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Obesity*. 14(2), 53S–62S
- Willem, K., Sarah, B., Rod, T., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan E. & Teasdale, J. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Williams, A., Blackwell, S., Mackenzie, A., Holmes, A. & Andrews, G. (2013). Combining imagination and reason in the treatment of depression: A randomized controlled trial of internet-based cognitive-bias modification and internet-CBT for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 793-799.
- Wilson, G. (2010). *Cognitive behavior therapy for eating disorders. Handbook of eating disorders*. Nueva York. Oxford University Press.

- Wilson, G., & Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 674-686.
- Yanovski, S., Nelson, J., Dubbert, B. & Spitzer, R. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Eating Disorders*, 15(1), 1472-1479.
- Young, K. M., Norhern, J., Lister, K., Drummond, J. A. & O'Brien, W. H. (2007). A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 240-249.
- Zuñiga, O. & Robles, R. (2006). Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad. *Psiquis*, 15(1), 126-134.

Anexos



Anexo 1



Sexo: H_____ M_____

Edo. Civil_____

Edad_____

Niv. de estudios_____

Altura_____

Peso_____

La UNAM y la facultad de Psicología están realizando una encuesta para conocer aspectos relacionados con el tipo de consumo de alimento de las personas. Por lo que le pedimos conteste las siguientes preguntas referentes a algunos hábitos alimenticios. Recuerde que NO hay preguntas correctas o incorrectas, sólo lo que a usted le suceda. Su participación será totalmente **anónima y confidencial**. Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza conteste con la verdad.

Las siguientes situaciones no tienen que pasar en este momento de su vida, conteste sólo si alguna vez le han pasado.

Quando come ¿siente que ha comido o que come más que la mayoría de las personas? ¿Por qué?

¿Come o ha llegado a comer cuando se siente ansioso o estresado? ¿Por qué?

¿Qué emociones le hacen sentir hambre o le hacen comer? ¿Por qué?

¿Le sucede que come sin sentir hambre? ¿Por qué?

¿Cómo se siente después de haber comido?

¿Tiene o ha tenido la sensación de perder el control cuando come? Descríbalo

¡¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!! ☺

Anexo 2

Con el fin de tener una validación interjueces del instrumento “inventario para conducta por atracón e ingesta emocional (ICA)” le pedimos por favor que como experto en trastornos de la alimentación lea los siguientes reactivos del Inventario y seleccione la opción que mejor se ajuste a las definiciones mencionadas a continuación. *Le agradecemos de antemano su participación.*

Instrucciones: Por favor lea las siguientes definiciones y coloque en la columna “categoría” las siglas: **CA, IE, ó N** según corresponda, en las siguientes columnas seleccione la opción que en su opinión mejor se ajuste a la redacción y entendimiento del reactivo; *Categorías:*

Ingesta emocional (IE) es la presencia de algún tipo de emoción en la conducta y/o en la preferencia del alimento así como un tipo de consumo o bien comer como forma de afrontamiento a una emoción experimentada por una persona (Cannetti, Bachar & Berry, 2002).

Una **conducta de atracón (CA)** es un episodio durante un periodo determinado en el cual la persona tiene un consumo de alimento mayor a la mayoría de las personas acompañado de una sensación de pérdida de control subjetiva durante la ingesta, así mismo puede acompañarse de

1.- Ingestión mucho más rápida de lo normal; 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno; 3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre; 4. Comer a solas para esconder su voracidad; 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón; 6. Profundo malestar al recordar los atracones; 7. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas regulares relacionadas con la bulimia nerviosa (por ejemplo purgas, ayuno prolongado o ejercicio físico excesivo) (APA, 2002).

Ninguna (N): No corresponde a la definición de conducta de Conducta de atracón (CA) o ingesta emocional (IE)

Ejemplo:

La opción es “N” ya que la oración no corresponde a la definición De conducta de atracón (CA) o ingesta emocional (IE)

Se elige la opción “no se entiende” ya que la oración no es clara

Reactivo	Categoría IE=ingesta emocional CA= Conducta de atracón N=Ninguna	No se entiende	Se entiende poco	Se entiende con algunas deficiencias	Se entiende	Se entiende completamente
“No paro de mover la boca”	N	X				

Observaciones: No puedo dejar de comer hasta que me siento muy lleno

Redacción sugerida o notas sobre el reactivo

	Reactivo	No se entiende	Se entiende poco	Se entiende con algunas deficiencias	Se entiende	Se entiende completamente	Categoría IE=ingesta emocional CA= Conducta de atracción N=Ninguna
1	<i>Me alimento “de más” y me doy cuenta al final</i>						
<i>1. Observaciones:</i>							
2	<i>Cuando estoy preocupado se me quita el hambre</i>						
<i>2. Observaciones:</i>							
3	<i>Considero que como más que la mayoría de las personas</i>						
<i>3. Observaciones:</i>							
4	<i>Me sirvo “doble” de lo acostumbrado</i>						
<i>4. Observaciones:</i>							
5	<i>Cuando estoy feliz yo como</i>						
<i>5. Observaciones:</i>							
6	<i>Puedo controlar la cantidad de lo que como</i>						
<i>6. Observaciones:</i>							
7	<i>Como para aliviar mi malestar</i>						
<i>7. Observaciones:</i>							
8	<i>Creo que me sería muy difícil comer menos en cada comida</i>						
<i>8. Observaciones:</i>							
9	<i>Aunque esté satisfecho sigo comiendo</i>						
<i>9. Observaciones:</i>							
10	<i>Como “sin darme cuenta”</i>						

	Reactivo	No se entiende	Se entiende poco	Se entiende con algunas deficiencias	Se entiende	Se entiende completa- mente	Categoría IE=ingesta emocional CA= Conducta de atracción N=Ninguna
11	<i>Cuando estoy estresado como algo</i>						
<i>11.-Observaciones:</i>							
12	<i>La angustia me abre el apetito</i>						
<i>12. Observaciones:</i>							
13	<i>Como “de más” sin darme cuenta</i>						
<i>13. Observaciones:</i>							
14	<i>Si me siento triste como</i>						
<i>14. Observaciones:</i>							
15	<i>Como más porque así me relajo</i>						
<i>15. Observaciones:</i>							
16	<i>Como mucho cuando siento ansiedad</i>						
<i>16. Observaciones:</i>							
17	<i>Cuando estoy alegre me da por comer</i>						
<i>17. Observaciones:</i>							
18	<i>Es incontrolable mi forma de comer</i>						
<i>18. Observaciones:</i>							
19	<i>Cuando como trato de equilibrarlo caminando más o tomando más agua de lo normal</i>						
<i>19. Observaciones:</i>							
20	<i>Me siento físicamente incómodo cuando dejo de comer</i>						
<i>20. Observaciones</i>							

	Reactivo	No se entiende	Se entiende poco	Se entiende con algunas deficiencias	Se entiende	Se entiende completamente	Categoría IE=ingesta emocional CA= Conducta de atracción N=Ninguna
21	<i>Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento</i>						
<i>21. Observaciones:</i>							
22	<i>Para calmar mi enojo pruebo comida</i>						
<i>22. Observaciones:</i>							
23	<i>Me da más hambre cuando estoy estresado</i>						
<i>23. Observaciones:</i>							
24	<i>Siento culpa después de comer mucho</i>						
<i>24. Observaciones:</i>							
25	<i>Desconozco la razón de que me sea difícil parar de comer</i>						
<i>25. Observaciones:</i>							
26	<i>Como por antojo aunque no tenga hambre</i>						
<i>26. Observaciones:</i>							
27	<i>Como hasta que veo el plato vacío</i>						
<i>27. Observaciones:</i>							
28	<i>Me relaja comer cuando me siento estresado</i>						
<i>28. Observaciones:</i>							
29	<i>Cuando como mucho prefiero dejar pasar muchas horas sin comer antes de mi siguiente comida</i>						
<i>29. Observaciones:</i>							
30	<i>Si estoy aburrido como algo</i>						
<i>30. Observaciones</i>							

	Reactivo	No se entiende	Se entiende poco	Se entiende con algunas deficiencias	Se entiende	Se entiende completamente	Categoría IE=ingesta emocional CA= Conducta de atracción N=Ninguna
31	<i>Si me siento solo(a) me da hambre</i>						
<i>31. Observaciones:</i>							
32	<i>Me siento mejor cuando termino de comer</i>						
<i>32. Observaciones:</i>							
33	<i>Si ingiero mucha comida lo compenso con algo</i>						
<i>33. Observaciones:</i>							
34	<i>Me siento mal cuando no controlo lo que como</i>						
<i>34. Observaciones:</i>							
35	<i>Al terminar de comer siento malestar físico (“que ya no puedo más”)</i>						
<i>35. Observaciones:</i>							
36	<i>Me da por comer para aliviar mis preocupaciones</i>						
<i>36. Observaciones:</i>							
37	<i>Cuando me gusta mucho algo sigo comiendo aunque me sienta satisfecho(a)</i>						
<i>37. Observaciones:</i>							
38	<i>Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer</i>						
<i>38. Observaciones:</i>							
39	<i>Como todo el día sin estar siguiendo una dieta</i>						
<i>39. Observaciones:</i>							

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

I. El objetivo de este estudio es obtener información para elaborar un cuestionario al conocer datos importantes sobre pacientes como yo, tales como hábitos alimenticios, peso y edad.

II. Se me ha informado que deberé contestar una serie de cuestionarios con la finalidad de proporcionar datos como mi peso, estatura y hábitos de alimentación, todo esto de forma inofensiva para mi salud física o emocional

III. Se me explicó que no tiene ningún riesgo.

IV. Se me ha explicado que puedo manifestar cualquier duda en cualquier momento respecto a todo lo relacionado con este estudio y mi participación en el mismo.

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención por parte del médico o del hospital

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de los datos a los cuestionarios a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.

X. La aplicación del cuestionario no tendrá costo alguno para mí.

XI. El uso de materiales (cuestionarios) serán costeados por el investigador.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de expediente _____ acepto participar en el estudio titulado: Validación y confiabilidad para el inventario para medir conducta de atracón e ingesta emocional.

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Principal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio esta participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3000 Ext 3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Wingerz Melh, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-000 Ext-3032.

Versión 2

17/abril/2015

Anexo 4

Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)

El siguiente instrumento está hecho para conocer algunas de las conductas de alimentación de las personas. Marque con una "X" la opción que más se ajuste a lo que le ha pasado durante los **últimos 3 meses** de su vida. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas únicamente lo que a usted le haya ocurrido. Por favor conteste honestamente y recuerde que su participación es **totalmente confidencial y anónima**. ¡Gracias por su participación!

	<i>Durante los últimos tres meses:</i>	<i>Nunca</i> 0%	<i>Rara vez</i> 1-20%	<i>Pocas veces</i> 21-40%	<i>A veces sí, a veces no</i> 41-60%	<i>Frecuente</i> 61-80%	<i>Siempre o casi siempre</i> 81-100%
1	Al terminar de comer me doy cuenta que comí "de más"						
2	Me da por comer para aliviar mis preocupaciones						
3	Al terminar de comer siento malestar físico "como si ya no pudiera más"						
4	Me siento capaz de controlar la cantidad de comida que como						
5	Como "de más" sin darme cuenta						
6	Como mucho cuando siento ansiedad						
7	Como para aliviar mi malestar emocional						
8	Como sin darme cuenta de la cantidad del alimento que consumo						
9	Me sirvo el doble en comparación con la mayoría de las personas						
10	Cuando estoy preocupado se me quita el hambre						
11	Cuando estoy feliz, yo como						
12	Como demasiado aunque no tenga hambre						
13	Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento						
14	Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer						

Continúa en la siguiente página...

	<i>Durante los últimos tres meses:</i>	<i>Nunca</i> 0%	<i>Rara vez</i> 1-20%	<i>Pocas veces</i> 21-40%	<i>A veces sí, a veces no</i> 41-60%	<i>Frecuente</i> 61-80%	<i>Siempre o casi siempre</i> 81-100%
15	<i>Pienso que mi forma de comer es incontrolable</i>						
16	<i>Cuando me siento angustiado como algo para tranquilizarme</i>						
17	<i>Si tengo un sentimiento de soledad como para no sentirme así</i>						
18	<i>Para calmar mi enojo pruebo comida</i>						
19	<i>Como más de lo normal con la finalidad de relajarme</i>						
20	<i>Me da más hambre cuando estoy estresado</i>						
21	<i>Cuando estoy triste me refugio en la comida</i>						
22	<i>Me siento mal conmigo misma(o) cuando no controlo lo que como</i>						
23	<i>Siento culpa después de comer mucho o sentir que como mucho</i>						
24	<i>Me siento incómodamente lleno cuando acabo de comer</i>						
25	<i>Cuando estoy alegre me da por comer</i>						
26	<i>Como más rápido que la mayoría de las personas</i>						
27	<i>Aunque esté satisfecho sigo comiendo</i>						
28	<i>Cuando estoy estresado como algo</i>						

Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Altura: _____

Peso: _____

Ocupación: _____

Marque con una "X"

Nivel de estudios	Concluida (terminada)	Inconclusa o trunca
Primaria		
Secundaria		
Bachillerato (preparatoria)		
Profesional (licenciatura o ingeniería)		
Posgrado (maestría o doctorado)		
Otro:		

Ingreso económico:

Ingreso familiar mensual (Aproximado)	
De \$0 - \$2,699	
De \$2,700 - \$6,799	
De \$6,800 - \$11,599	
De \$12,600 - \$34,499	
Más de \$34,500	

Anexo 5
Versión final ICA

Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)

El siguiente instrumento está hecho para conocer algunas de las conductas de alimentación de las personas. Marque con una "X" la opción que más se ajuste a lo que le ha pasado durante los últimos 3 meses de su vida. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas únicamente lo que a usted le haya ocurrido.

	Durante los últimos tres meses:	<i>Nunca</i> 0%	<i>Rara vez</i> 1-20%	<i>Pocas veces</i> 21-40%	<i>A veces sí, a veces no</i> 41-60%	<i>Frecuente</i> 61-80%	<i>Siempre o casi siempre</i> 81-100%
1	<i>Al terminar de comer siento malestar físico "como si ya no pudiera más"</i>						
2	<i>Me siento capaz de controlar la cantidad de comida que como</i>						
3	<i>Como "de más" sin darme cuenta</i>						
4	<i>Como sin darme cuenta de la cantidad del alimento que consumo</i>						
5	<i>Me sirvo el doble en comparación con la mayoría de las personas</i>						
6	<i>Cuando estoy feliz, yo como</i>						
7	<i>Me avergüenza que los demás vean mi forma de comer</i>						
8	<i>Pienso que mi forma de comer es incontrolable</i>						
9	<i>Me siento incómodamente lleno cuando acabo de comer</i>						
10	<i>Como más rápido que la mayoría de las personas</i>						
11	<i>Me da por comer para aliviar mis preocupaciones</i>						
12	<i>Como mucho cuando siento ansiedad</i>						

13	<i>Como para aliviar mi malestar emocional</i>						
14	<i>Cuando estoy aburrido pruebo algún alimento</i>						
15	<i>Cuando me siento angustiado como algo para tranquilizarme</i>						
16	<i>Si tengo un sentimiento de soledad como para no sentirme así</i>						
17	<i>Para calmar mi enojo pruebo comida</i>						
18	<i>Me da más hambre cuando estoy estresado</i>						
19	<i>Cuando estoy triste me refugio en la comida</i>						
20	<i>Cuando estoy estresado como algo</i>						

Edad: _____

Sexo: Hombre () Mujer ()

Altura: _____

Peso: _____

Ocupación: _____

Marque con una "X"

Nivel de estudios	Concluida (terminada)	Inconclusa o trunca
Primaria		
Secundaria		
Bachillerato (preparatoria)		
Profesional (licenciatura o ingeniería)		
Posgrado (maestría o doctorado)		
Otro:		

Ingreso económico:

Ingreso familiar mensual (Aproximado)	
De \$0 - \$2,699	
De \$2,700 - \$6,799	
De \$6,800 - \$11,599	
De \$12,600 - \$34,499	
Más de \$34,500	

Anexo 6

NOTA DE EVALUACIÓN INICIAL PSICOLOGÍA

Nombre del paciente	Fecha
Número de registro	Edad
Estado civil	Hijos: No() Si () #
Nivel socioeconómico	Nivel de estudios
Lugar de residencia	Ocupación
Originaria de:	

Motivo de Consulta: _____

() Salud () Imagen () Familia () Trabajo () Social
() Autoestima () Pareja

Expectativas del tratamiento: () Salud () Imagen () Familia () Trabajo () Social
() Autoestima () Pareja

Tiempo en que desea realizarse la cirugía: _____

Peso que desea perder _____ Tiempo en que desea perderlo _____

Cambio de hábitos Si () No () No referidos ()

Realistas _____ ► Disorsionadas
Poco realistas Poco distorsionadas

Padecimientos médicos: () Diabetes () Hipertensión arterial
() Dislipidemia () Problemas ginecológicos
() Negados () Hipotiroidismo () Hígado graso
() Problemas respiratorios () Problemas circulatorios
() Problemas articulares () Reflujo
() Otro _____

Historia del problema:

Factores desencadenantes

0-5 años: _____

5-10 años: _____

10-15 años: _____

15-20 años: _____

20 años en adelante _____

Factores contribuyentes

Referidos por el paciente:

- | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malos hábitos alimenticios | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Atracónes | <input type="checkbox"/> Genética |
| <input type="checkbox"/> Antojos | <input type="checkbox"/> Condiciones médicas |
| <input type="checkbox"/> Ingesta emocional | <input type="checkbox"/> Desconocidos |

Tiempo con el problema: _____

Curso del problema:

- Lineal Progresivo Cambiante

Peso actual: _____

Talla: _____

IMC: _____

- Métodos para bajar de peso:
- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Procedimiento endoscópico | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Dietas autoimpuestas | <input type="checkbox"/> Dietas por nutriólogo |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos autoimpuestos | <input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos |
| <input type="checkbox"/> Programa de ejercicio | <input type="checkbox"/> Técnicas alternativas |

Otro _____

Características de sobreingesta:

Negados

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atracón | <input type="checkbox"/> Ingesta emocional |
| <input type="checkbox"/> Ingesta recreativa | <input type="checkbox"/> Antojos |
| <input type="checkbox"/> Comedor nocturno | <input type="checkbox"/> Comer hasta quedar lleno |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Conductas

compensatorias:

Negados

- | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Provocarse vómito | <input type="checkbox"/> Usar laxantes |
| <input type="checkbox"/> Usar diuréticos | <input type="checkbox"/> Ejercicio excesivo |
| <input type="checkbox"/> Saltarse comidas | <input type="checkbox"/> Restricción de alimentos |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Consumo de sustancias: Alcohol Cantidad _____

Tabaco Cantidad _____

Cafeína Cantidad _____

Otras sustancias (tiempo y cantidad de consumo) _____

Antecedentes psicológicos/psiquiátricos (motivo y tiempo de tratamiento) u otros aspectos de interés clínico: Negados

Anexo 7

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. El objetivo de este estudio es realizar una intervención psicológica basada en atención plena para disminuir la depresión y conducta de atracón, en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica.
- II. Se me ha explicado que de aceptar mi participación a la intervención, consistirá en 10 sesiones (1 por semana), cada sesión tendrá una duración de 90 minutos y durante la misma recibiré información sobre mis padecimientos así como la realización de prácticas de meditación y respiración.
- III. Los beneficios que puedo esperar de este estudio es que la intervención podría ayudar a mejorar mis hábitos alimenticios (atracones) y mi estado emocional (depresión). En caso contrario y que la intervención no me mejore tampoco se espera ningún daño debido a la misma intervención
- IV. Se me ha explicado que puedo manifestar cualquier duda en cualquier momento respecto a todo lo relacionado con este estudio y mi participación en el mismo.
- V. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención por parte del médico, psicólogo o del hospital
- VI. Autorizo la publicación de los resultados de los datos a los cuestionarios a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.
- VII. En caso de que no encuentre algún beneficio de mi estado emocional (depresión) o tipo de alimentación (atracones) durante la duración de este estudio, se me explicó que puedo beneficiarme de otra intervención psicológica para la modificación de los mismos.
- VIII. La aplicación de los cuestionarios utilizados y otros materiales no tendrá costo alguno para mí y serán costeados por el investigador.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de expediente _____ acepto participar en el estudio titulado: **Efectos de una intervención de atención plena sobre depresión y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica**

Nombre y firma del paciente o responsable legal

Nombre, y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2

Dirección

Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Principal

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio está participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años. Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3000 Ext 3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Samuel Wingerz Melh, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-000 Ext-3032.

3era. Versión

09/noviembre/2015

