

**Research Article**

DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.06.012>

## **FUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO POR ATRACÓNEN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE OBESIDAD DEL HOSNAVER**

**CAP. CORB. SSN. MC.N. Minerva Gabriela Rocha Guerrero**

**Corb. SSN. MC.N Med. Fam Irina Romero Cortés**

**Cap. Corb. SSN. MCN. Med Fam. Alexis González Ojeda**

Secretaría de Marina - Armada de México

Universidad Naval

Escuela de Posgrados en Sanidad Naval

### **RESUMEN**

**Introducción:** El trastorno por atracón se caracteriza la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. Este término fue ingresado a la clasificación de trastornos de comportamiento en la última edición del DSM, el número 5. Los atracones causan malestar intenso en el paciente y por lo general se producen una vez a la semana por tres meses, sin embargo, es posible clasificar la gravedad del síndrome a partir de la frecuencia de consumo de la siguiente manera: Leve: 1-3 atracones a la semana; Moderado: 4-7 atracones a la semana; Grave: 8-13 atracones a la semana y extremo: 14 o más atracones a la semana. Los factores que facilitan la presencia de atracones principalmente son psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión, permitiendo que el atracón sea un mecanismo compensatorio a los procesos emocionales del paciente. Tomando en cuenta lo anterior, debemos señalar la importancia de la función familiar para el trastorno por atracón, ya que actualmente se considera a la familia como una pieza clave para la contención o incremento de los perfiles psicológicos de los pacientes, ya que a partir de una familia disfuncional se incrementa la probabilidad de que sus integrantes cursen con ansiedad, estrés o depresión. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón en la Clínica de obesidad naval en el HOSNAVER. **Material y Método:** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, analítico y observacional entre enero y noviembre del año 2020, incluyendo a los pacientes que acuden a atención en la clínica de obesidad del HOSNAVER. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, con edad mayor a 18 años, adscritos al HOSNAVER, con IMC mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> que aceptaron participar. Las variables requeridas fueron obtenidas de los expedientes clínicos de los pacientes y se consideraron Estado civil, Edad, Sexo, Escolaridad, Tipo de derechohabiente, Comorbilidades, Numero de comorbilidades, Talla, Peso, Estado nutricional, Colesterol sérico, Triglicéridos

séricos, Glucosa sérica, Hemoglobina glucosilada, Función familiar, Ansiedad, Depresión y Trastorno por atracón. Se realizó un muestreo por conveniencia, con revisión de expedientes clínicos de los pacientes que acudieron a la clínica de obesidad.

**Resultado:** Un total de 113 pacientes concluyeron con la investigación siendo 14 (12.4%) hombres y 99 (87.6%) mujeres; los pacientes con trastorno por atracón mostraron una función familiar disfuncional en 46(53.4%) pacientes, ansiedad en 52(60.5%) participantes y depresión en 27 (31.4%) de ellos, mientras los pacientes libres del síndrome se clasificaron con función familiar disfuncional en 20(74.1%) pacientes, ansiedad en 13(48.1%) participantes y depresión en 13(48.1%) de ellos, con valores de  $p > 0.05$  para los tres factores. **Conclusión:** No se identificó asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Binge eating disorder is characterized by the ingestion of an excessive amount of food in a short time and the loss of control over this ingestion. This term was entered into the classification of behavioral disorders in the last edition of the DSM, number 5. Binge eating causes intense discomfort in the patient and usually occurs once a week for three months, however, it is possible to classify the severity of the syndrome based on the frequency of consumption as follows: Mild: 1-3 binges a week; Moderate: 4-7 binges a week; Severe: 8-13 binges a week and extreme: 14 or more binges a week. The factors that facilitate the presence of binges are mainly psychological such as anxiety, stress and depression, allowing bingeing to be a compensatory mechanism for the emotional processes of the patient. Taking into account the above, we must point out the importance of family function for binge eating syndrome, since currently the family is considered a key element for the containment or increase of the psychological profiles of patients, since from a dysfunctional family increases the probability that its members will experience anxiety, stress or depression.

**Objective:** To determine the association between family function and binge eating syndrome in the Naval Obesity Clinic at HOSNAVER. **Material and Method:** A cross-sectional, retrospective, analytical and observational study was carried out between January and November 2020, including patients attending the HOSNAVER obesity clinic. Patients of both sexes, aged over 18 years, enrolled in HOSNAVER, with a BMI greater than 30 kg / m<sup>2</sup> who agreed to participate, were included. The required variables were obtained from the patients' clinical records and were considered Marital status, Age, Sex, Education, Type of entitlement, Comorbidities, Number of comorbidities, Height, Weight, Nutritional status, Serum cholesterol, Serum triglycerides, Serum glucose, Glycated Hemoglobin, Family Function, Anxiety, Depression and Binge Syndrome. A convenience sampling was carried out, with a review of the clinical records of the patients who attended the obesity clinic. **Result:** A total of 113 patients concluded the investigation, being 14 (12.4%) men and 99 (87.6%) women; patients with binge-eating syndrome showed dysfunctional family function in 46 (53.4%) patients, anxiety in 52 (60.5%) participants, and depression in 27 (31.4%) of them, while syndrome-free patients were classified as dysfunctional family function in 20 (74.1%) patients, anxiety in 13 (48.1%) participants and depression in 13 (48.1%) of them, with  $p$  values  $> 0.05$  for the three factors.

**Conclusion:** No association was identified between family function and binge eating syndrome.

## I. INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa y se ha identificado una relación entre esta y el estrés que puede tener una persona. Por lo anterior se han gestado teorías para explicar este comportamiento y una de ellas es el modelo de escape, que plantea que algunas personas utilizan la alimentación como un método para escapar de la angustia emocional. Actualmente el trastorno por atracones clasificado como un trastorno de la alimentación por parte del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta edición (DSMV) y se reporta con una prevalencia entre el 2 y 5% para la población general, relacionándolo con el sobrepeso y la obesidad y es aquí en donde la familia juega un papel muy importante, ya que una mala función familiar es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de estrés, ansiedad y depresión, siendo estas patologías potenciadoras del trastorno por atracón. El objetivo principal de esta investigación es determinar la asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz (HOSNAVER), esto justificado a partir del último Reporte del Examen Periódico Anual 2016 de la Secretaría de Marina que mostró que el 20% de los militares presentaban sobrepeso u obesidad de acuerdo con la directiva de sobrepeso y obesidad, por lo que identificar a los pacientes con trastorno por atracón y su relación con la obesidad podrá brindar información fundamental para posteriormente desarrollar planes de tratamiento dirigidos a los puntos vulnerables de cada paciente, pudiendo hacer más efectiva la intervención multidisciplinaria de la clínica de obesidad o bien, acorde a los resultados se podría proponer una directiva para que los médicos de primer nivel generen tamizaje para identificar este síndrome, así como la funcionalidad de la familia, por lo que a partir de lo anterior, el hospital podría disminuir las complicaciones propias de la obesidad, con lo que optimizaría recursos físicos y humanos, repercutiendo en una mejor atención

todos los usuarios del HOSNAVER, siendo un proyecto totalmente factible al contar con la población, el personal y los recursos necesarios para poder desarrollarlo .

El trastorno por atracón (TPA) es una patología que se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales: la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta, y actualmente ya reconocido por el DSM V y los clasifica de acuerdo al número de atracones por semana: Leve: 1-3 atracones a la semana; Moderado: 4-7 atracones a la semana; Grave: 8-13 atracones a la semana y extremo: 14 o más atracones a la semana.

El trastorno por atracón se reporta en un 30% de los pacientes que están en los programas para perder peso y en un 1 – 5% en la población general; se estima una prevalencia a del 1,6 % en mujeres y del 0,8 % en hombres. Los factores que facilitan la presencia del trastorno por atracón son principalmente de corte psicológico, además de los casos que se encuentran en restricción alimentaria y con ciertos estados emocionales, como la depresión o la ansiedad; con respecto a la función de la familia, actualmente se sugiere que la disfunción familiar facilita la presencia de estrés, ansiedad y depresión, situaciones que pueden ser desencadenantes del trastorno de atracón.

El diagnóstico del trastorno por atracón puede darse por diversas formas, una de las más comunes que funciona como tamizaje, es la aplicación de la prueba Binge Eating Scale, sin embargo, la valoración por medio de un profesional a partir de una entrevista clínica estructurada podría ser considerada como la mejor opción, principalmente bajo el apego de los criterios del DSM V.

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento

individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. La familia disfuncional es aquella en la cual los miembros se encuentran inestables de manera espiritual, psicológica y emocional, entorpeciendo con esto el desarrollo físico o emocional de sus integrantes a largo plazo. Se debe señalar que una familia no es estática y las familias disfuncionales están funcionando, a pesar de estar haciéndolo de manera inadecuada, así como también los individuos se desenvuelven a pesar de los errores, y actualmente existen distintos instrumentos para poder evaluar el funcionamiento familiar, siendo uno de los más utilizados por el médico de primer nivel de atención el APGAR familiar, el cual cuenta con una alfa de Cronbach de 0.8, sin embargo, no es la única forma de realizar el diagnóstico, pudiendo realizarse desde la valoración directa por un terapeuta en una consulta con el paciente.

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional y analítico, tomando en cuenta a todos los pacientes que ingresaron a la Clínica de Obesidad del HOSNAVER entre el 01 de enero y el 01 de noviembre del año 2020, excluyendo a los pacientes con tratamiento psiquiátrico para depresión o ansiedad y que no acepte participar en la investigación. La descripción de variables cualitativas se realizó calculando frecuencias absolutas y relativas, mientras para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar). El cálculo de asociación se realizó por medio de prueba Chi cuadrada, la fuerza de asociación se determinó por medio de razón de momios e intervalo de confianza al 95%; la comparación de variables cuantitativas se realizó por medio de prueba T de Student. Se consideró significancia estadística con valores de  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos, se utilizó el software SPSS v.22 y Epi info 3.2

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se notificó al responsable de la clínica de obesidad del HOSNAVER con la finalidad de coordinar la revisión de los expedientes clínicos. El investigador asistió a la

clínica de obesidad tres veces por semana para consultar los expedientes de los pacientes que fueron evaluados por el equipo multidisciplinario y contaban como candidatos a ser parte de la investigación, aplicando los criterios de selección para cada paciente, posteriormente, se registraron las variables necesarias en una hoja de recolección de datos, para después capturarlas en una base de datos realizada para esta investigación en el programa Microsoft Excel 365.

El orden capitular de este trabajo inicia con la introducción, seguido de planteamiento del problema de investigación, objetivos, justificación, estado del arte, marco teórico, hipótesis, diseño de investigación, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones, perspectivas, referencias bibliográficas y anexos.

La expectativa de este trabajo fue identificar la asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes de la clínica de obesidad del HONAVER, con la finalidad de poder obtener conocimiento que ayude a una mejor atención de los pacientes obesos.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por una acumulación excesiva de grasa y esta se presenta cuando la ingesta de calorías es superior al gasto energético, por lo que se genera un desequilibrio que se refleja en un exceso de peso.

Por otro lado, el estrés es una patología común dentro del contexto social actual y muchas veces de forma inconsciente, quien cursa con estrés o un desequilibrio en la salud mental utiliza alimentos para hacer frente a ello; por lo anterior se han gestado teorías para explicar este comportamiento y una de ellas es el modelo de escape, que plantea que algunas personas utilizan la alimentación como un método para escapar de la angustia emocional. De hecho, las personas que son más reactivas al estrés, como lo demuestran los niveles más altos de la hormona glucocorticoides cortisol,

son más propensas a participar en la alimentación relacionada con esta patología. Además, el uso de alimentos en respuesta al estrés se ha identificado como un mediador entre las experiencias de vida estresantes tempranas y el índice de masa corporal (IMC) adulto.

Actualmente el trastorno por atracones clasificado como un trastorno de la alimentación por parte del DSMV y se reporta con una prevalencia entre el 2 y 5% para la población general, relacionándolo con el sobrepeso y la obesidad, ya que el trastorno por atracón favorece el incremento de peso. Las personas con obesidad, que además comórbidamente presentan el trastorno por atracón, suelen ser casos de peor pronóstico y con mayor alteración psicopatológica concomitante y es aquí en donde la familia juega un papel muy importante, ya que una mala función familiar es considerada como un factor de riesgo para el desarrollo de estrés, ansiedad y depresión, siendo estas patologías potenciadoras del trastorno por atracón, por lo cual generamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER?

### III. OBJETIVOS

#### A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER

#### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- )] Describir las características generales de la población (sexo, escolaridad, estado civil y tipo de derechohabiente)
- )] Calcular la prevalencia de trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval

- )] Comparar el número de comorbilidades de los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER con trastorno por atracón y sin él.
- )] Comparar el IMC de los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER con trastorno por atracón y sin él.
- )] Comparar los valores glucosa, colesterol, triglicéridos (TG) y hemoglobina (Hg) glucosilada entre los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval con trastorno por atracón y sin él.
- )] Determinar la asociación entre el sexo y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER
- )] Identificar la asociación entre el grado de obesidad y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER
- )] Determinar la asociación entre la depresión y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER
- )] Identificar la asociación entre la ansiedad y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER

### IV. JUSTIFICACION

**a) Magnitud:** El último Reporte del Examen Periódico Anual 2016 de la Secretaría de Marina mostró que el 20% de los militares presentaban sobrepeso u obesidad de acuerdo con la directiva de sobrepeso y obesidad, lo cual repercute directamente en su actuar profesional, de forma complementaria actualmente no se cuenta con una estadística publicada sobre los pacientes que cursan trastorno por atracón, por lo que resulta importante generar dicha estadística.

**b) Trascendencia:** El identificar a los pacientes con trastorno por atracón y su relación con la obesidad podrá brindar información fundamental para posteriormente desarrollar planes de tratamiento dirigidos a los puntos vulnerables de

cada paciente, pudiendo hacer más efectiva la intervención multidisciplinaria de la clínica de obesidad o bien, acorde a los resultados se podría proponer una directiva para que los médicos de primer nivel generen tamizaje para identificar este síndrome, así como la funcionalidad de la familia.

A partir de lo anterior, el hospital podría disminuir las complicaciones propias de la obesidad, con lo que optimizaría recursos físicos y humanos, repercutiendo en una mejor atención todos los usuarios del HOSNAVER.

**c) Vulnerabilidad:** La problemática planteada tiene amplia probabilidad de ser resuelta a partir de identificar los factores que faciliten la obesidad en los pacientes, sobre todo porque lo propuesto se diagnostica y se trata a partir de la condición de un profesional de la salud, sin necesidad de consumo de insumos médicos específicos como los requeridos para tratar las complicaciones secundarias a la obesidad.

**d) Factibilidad:** El presente estudio es factible, ya que el HOSNAVER cuenta con la estructura física y de personal necesaria para poder desarrollar esta investigación.

## V. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES)

Pope y su equipo, publicaron en el año 2006 en la revista americana de psiquiatría un trabajo realizado en Estados Unidos con el objetivo de evaluar la estabilidad del trastorno por atracón en una muestra comunitaria. Para comprobar la hipótesis se realizó un diseño transversal, incluyendo pacientes con trastorno de atracón, comparándolo con pacientes con anorexia y bulimia nerviosas. El resultado indica que los pacientes con trastorno de atracón tienen una estabilidad mucho mayor al cursar con su patología teniendo en promedio 14 años de haber sido diagnosticados, con una mayor prevalencia en el sexo masculino.<sup>1</sup>

Morales y colaboradores publicaron un trabajo en el año 2014, el cual se realizó en Venezuela y tenía como objetivo determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad y sus factores de riesgo en población adolescente a partir de un diseño transversal, prospectivo, incluyendo una muestra de 500 estudiantes. Los resultados mostraron una prevalencia del 7.8% para el trastorno, identificando como factores de riesgo para esta patología al sexo masculino, la insatisfacción con la imagen corporal, la disfunción familiar, los síntomas de depresión y el estrés percibido, fundamentados en valores de  $p < 0.05$ ; de forma adicional el trastorno por atracón resultó ser un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad central y obesidad global con valores de  $p < 0.001$ .<sup>2</sup>

Tetzlaff y colaboradores publicaron en el año 2016 el resultado de una investigación realizada en Alemania que tuvo como objetivo determinar la importancia de la familia en el trastorno de atracón en pacientes adolescentes. Se realizó un estudio transversal comparativo pareado, formando dos grupos de 40 pacientes, uno con diagnóstico de trastorno por atracón y otro libre de esta enfermedad. Los resultados indicaron que el grupo con el trastorno alimentario tiene un menor puntaje en la función familiar, además de tener menor control emocional, menor adaptabilidad y menor desarrollo afectivo.<sup>3</sup>

Manuel Santiago realizó una investigación en México publicada en el año 2017 con el objetivo de probar los efectos de un tratamiento psicológico de atención plena sobre la sintomatología depresiva y atracón en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. El diseño utilizado fue preexperimental con dos replicas, tomando medidas basales sobre la depresión y el trastorno de atracón, se otorgaron 10 sesiones (una por semana) de 90 minutos con tratamiento basado en atención plena. Solo 5 pacientes cumplieron los criterios de selección y de estos, 3 terminaron el tratamiento completo. El tratamiento resultó favorable para disminuir los puntajes del test de

valoración para depresión, atracón e ingesta emocional, manteniendo su peso sin modificaciones, por lo que se concluye que el tratamiento basado en la atención plena puede tratar al mismo tiempo la depresión y el trastorno de atracón en pacientes con obesidad.<sup>4</sup>

## VI. MARCO TEORICO

El trastorno por atracón es una patología que se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales: la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta, además de no ir acompañados de las conductas compensatorias asociadas a la bulimia.<sup>5,6</sup>

Hamburger en 1951 describió un tipo de hiperfagia en pacientes obesos que se caracterizaba por un deseo compulsivo por la comida que eran incontrolables de forma frecuente, sin embargo, no fue hasta 1959 cuando por primera vez se describe el trastorno de atracón como algo distintivo de los pacientes obesos y se caracterizaba por consumir grandes cantidades de alimentos seguido de culpa, malestar e intentos de hacer dietas, sin conductas compensatorias; posteriormente se construye el concepto de “hipercomedor compulsivo” el cual estaba caracterizado por hiperfagia, malestar emocional y depresión,<sup>7,8</sup> al paso de las décadas, este concepto se modifica hasta ser reconocido formalmente como un trastorno de la alimentación por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM V). Dentro de este manual, se menciona que un episodio de atracón se caracteriza por dos puntos<sup>6</sup>:

1. Ingestión, en un período determinado (por ejemplo, de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.

2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej. , sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

También el mismo DSM V, nos indica que los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:<sup>6</sup>

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente
4. Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Los atracones causan malestar intenso en el paciente y por lo general se producen una vez a la semana por tres meses, sin embargo, es posible clasificar la gravedad del síndrome a partir de la frecuencia de consumo de la siguiente manera: Leve: 1-3 atracones a la semana; Moderado: 4-7 atracones a la semana; Grave: 8-13 atracones a la semana y extremo: 14 o más atracones a la semana; para tener una idea de la magnitud de cada atracón un paciente puede llegar a ingerir una cantidad enorme de calorías, alcanzando en algunos casos las 20.000 kcal.<sup>6,9</sup>

Los trastornos de la alimentación tienen distintas frecuencias acorde a lugar y tipo de pacientes, sin embargo, el trastorno por atracón se reporta en un 30% de los pacientes que están en los programas para perder peso y en un 1 – 5% en la población general; se estima una prevalencia a del 1,6 % en mujeres y del 0,8 % en hombres, siendo las diferencias de género menos pronunciadas que en la bulimia y la anorexia nerviosas; en el caso de los adolescentes, se ha descrito que el 45% de ellos habiendo tenido por lo menos un episodio de atracón en su vida.<sup>6,7,10-12</sup> Las tasas de prevalencia son similares en distintos países industrializados, así como en distintas razas (población caucásica, latina y afroamericana).<sup>6,7,10-12</sup>

Existen diversos factores que facilitan la presencia de trastornos de la alimentación, y para el trastorno por atracón estos factores son principalmente de corte psicológico, además de los casos que se encuentran en restricción alimentaria, en donde un sujeto que está sometido a alguna condición que lo lleve a tener un control en su dieta (como un plan de alimentos para reducción de peso) y esto, puede dar lugar a que se rompa la dieta y se coma en exceso cuando ocurren ciertos estados emocionales, como la depresión o la ansiedad. Existe un modelo que intenta explicar estas conductas, postulando que el sujeto con peso normal regula su ingesta orientado por estímulos principalmente internos como son el hambre y la saciedad fisiológicas, frente al sujeto con sobrepeso, observándose en ellos, un déficit en este aspecto. Sin embargo, la hipótesis de la ingesta emocional como modelo explicativo del atracón da a entender que son los estados emocionales los que desencadenan en mayor medida su inicio. En este sentido, los episodios de atracón tendrían la finalidad de paliar un estado de ánimo, en el que los niveles de ansiedad se disparan, por lo que de ser esto correcto, la regulación emocional implícita sería un mecanismo crucial en la explicación de los episodios de atracón, generan con ello un objetivo para un tratamiento eficaz.<sup>9,13</sup>

Existen factores que aún se encuentran con evidencia diversa para ser considerados como de riesgo para el trastorno por atracón de distintas formas, por ejemplo, el sexo como factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de atracón, ya que existen datos que sugieren a las mujeres como las personas que tiene un riesgo mayor para cursar con trastorno de atracón, empero, esto difiere en otros reportes, en donde se indica que los hombres son los más susceptible, o bien, no existe diferencia entre ellos; además el estado civil y nivel de educación se refieren como características neutrales para el desarrollo del trastorno por atracón;<sup>13,14</sup> con respecto a la función de la familia, actualmente se sugiere que la disfunción familiar facilita la presencia de estrés, ansiedad y depresión, situaciones que pueden ser desencadenantes del trastorno de atracón.<sup>15,16</sup>

El trastorno de atracón tiene como característica aparecer en los pacientes con mayor deterioro en el trabajo y el funcionamiento social, con una mayor distorsión y preocupación en su estética corporal, con rasgos de psicopatologías, o que llevan un tiempo de la vida adulta en programas de reducción de peso, abuso de alcohol o drogas, historia de depresión o problemas emocionales. Es importante señalar que este trastorno tiene una alta probabilidad de desarrollarse durante la adolescencia<sup>7</sup>. Desde el punto de vista psicopatológico, los pacientes con trastorno de atracón presentan altos niveles de disforia, malestar psicológico, personalidad anancástica, depresión, trastorno de personalidad borderline y por evitación.<sup>7</sup>

El diagnóstico del trastorno por atracón puede darse por diversas formas, una de las más comunes que funciona como tamizaje, es la aplicación de la prueba Binge Eating Scale, sin embargo, la valoración por medio de un profesional a partir de una entrevista clínica estructurada podría ser considerada como la mejor opción, principalmente bajo el apego de los criterios del DSM V.<sup>17</sup>

Por otra parte, para el médico familiar debe de considerar a la familia como un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad. Las principales funciones de la familia son guiar y proteger a sus miembros y se considera, dentro de la medicina familiar, la unidad de análisis para enfrentar el proceso de salud-enfermedad.<sup>18</sup>

La función o disfunción de la familia se expresa por la forma en que este grupo es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. La familia disfuncional es aquella en la cual los miembros se encuentran inestables de manera espiritual, psicológica y emocional, entorpeciendo con esto el desarrollo físico o emocional de sus integrantes a largo plazo. Se debe señalar que una



familia no es estática y las familias disfuncionales están funcionando, a pesar de estar haciéndolo de manera inadecuada, así como también los individuos se desenvuelven a pesar de los errores, y actualmente existen distintos instrumentos para poder evaluar el funcionamiento familiar, siendo uno de los más utilizados por el médico de primer nivel de atención el APGAR familiar, el cual cuanta con una alfa de Cronbach de 0.8, sin embargo, no es la única forma de realizar el diagnóstico, pudiendo realizarse desde la valoración directa por un terapeuta en una consulta con el paciente.<sup>18-21</sup>

## VII. HIPÓTESIS

### Hipótesis nula

Existe asociación positiva entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER

### Hipótesis alterna

No existe asociación positiva entre la función familiar y el trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Naval en el HOSNAVER

## VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### C. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de transversal, observacional, analítico, retrospectivo.

### D. POBLACION, TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La población de estudio fue aquella que acudió a la clínica de obesidad, se realizó la obtención del tamaño de muestra fue a partir de un método no probabilístico por temporalidad, considerando a todos los pacientes que acudieron a valoración entre el 01 de enero y el 01 de noviembre del año 2020, la selección de los sujetos fue no probabilística por conveniencia.

### E. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y SALIDA

#### Criterios de inclusión:

Pacientes de sexo masculino o femenino  
Con edad igual o mayor a 18 años  
Con adscripción al HOSNAVER como militares o derechohabientes  
Que acuda a la clínica de obesidad con IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>

#### Criterios de exclusión

Que no acepten participar en la investigación  
Pacientes con tratamiento psiquiátrico para ansiedad o depresión

#### Criterios de eliminación

Pacientes con evaluaciones incompletas

### F. UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

Esta investigación entre enero y noviembre 2020, con pacientes que acudieron a la clínica de obesidad del HOSNAVER

**G. VARIABLES DE ESTUDIO (OPERACIONALIZACIÓN)**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
<b>Estado civil</b>	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	Revisión expediente clínico de	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4. divorciado	Cualitativa Nominal Politomica
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo en años	Revisión expediente clínico de	años	Cuantitativa De razón discreta
<b>Sexo</b>	Conjuntode características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Revisión expediente clínico de	1.hombre 2.mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b>Escolaridad</b>	Grado académico cursado por el paciente	Revisión expediente clínico de	1.primaria 2.secundaria 3.bachillerato 4.universidad 5.posgrado 6.ninguno	Cualitativa ordinal
<b>Tipo de derechohabencia</b>	Persona que tiene derecho a recibir atención médica en algún tipo de institución publica	Revisión expediente clínico de	1.Militar Activo 2.militar retirado 3.Derechohabiente	Cualitativa Nominal Dicotómica

<b>Comorbilidades</b>	Presencia de una segunda patología posterior a haber sido diagnosticado previamente con una patología diferente	Revisión de expediente clínico	Ninguna DM HAS Hipercolesterolemia Trigliceridemia Hipertiroidismo Hipotiroidismo Otras	Cualitativa Nominal politómica
<b>Numero de comorbilidades</b>	Nuero de patologías crónicas con las cuales cursa el paciente adicionales a la obesidad	Revisión de expediente clínico	De 0 a n	Cuantitativa Razón Discreta
<b>Talla</b>	Medida de un cuerpo que abarca desde la punta de los pies hasta el solo superior de su cabeza	Revisión de expediente clínico medición realizada por medio de un estadímetro	De 0 a "n" metros	Cuantitativa De razón continua
<b>Peso</b>	Fuerza de atracción ejercida por la gravedad a un cuerpo	Revisión de expediente clínico Pesaje realizado por medio de una báscula de piso.	de 0 a "n" kilos	Cuantitativa De razón continua
<b>Estado nutricional</b>	condición corporal resultante del balance entre la ingestión de alimentos y su utilización por parte del organismo	Se obtendrá por la fórmula: $\text{peso} / (\text{talla})^2$	Obesidad clase I: IMC 30-34.9 kg/m <sup>2</sup>  Obesidad clase II: IMC 35-39.9 kg/m <sup>2</sup>  Obesidad clase III: IMC mayor de 40 kg/m <sup>2</sup>	Cualitativa Ordinal

<b>Colesterol sérico</b>	Cantidad de colesterol sistémico en un paciente	Revisión de expediente clínico	de 0 a “n”	Cuantitativa De razón continua
<b>Triglicéridos séricos</b>	Cantidad de triglicéridos sistémicos en un paciente	Revisión de expediente clínico	de 0 a “n”	Cuantitativa De razón continua
<b>Glucosa sérica</b>	Cantidad de glucosa sistémico en un paciente	Revisión de expediente clínico	de 0 a “n”	Cuantitativa De razón continua
<b>Hemoglobina glucosilada</b>	Cantidad de hemoglobina glucosilada sistémica en un paciente	Revisión de expediente clínico	de 0 a “n”	Cuantitativa De razón continua
<b>Función familiar</b>	Capacidad que tiene la familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse a las situaciones de cambio	Revisión de expediente clínico. Diagnóstico realizado por psicólogo del equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad.	1. Disfunción severa 2. disfunción leve 3. buena función	Cualitativa Ordinal
<b>Trastorno por atracón</b>	condición en la cual la persona come generalmente una cantidad de comida mucho mayor de lo normal, todo al mismo tiempo. La persona se siente fuera de control durante estos atracones.	Revisión de expediente clínico. Diagnóstico realizado por el equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad basado en criterios del DSM V.	1. Si 2. No	Cualitativo ordinal

<p><b>Ansiedad</b></p>	<p>Respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes o peligrosos</p>	<p>Revisión de expediente clínico.  Diagnóstico realizado por el equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad basado en criterios del DSM V.</p>	<p>1. Si  2. No</p>	<p>Cualitativo nominal</p>
<p><b>Depresión</b></p>	<p>trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración</p>	<p>Revisión de expediente clínico.  Diagnóstico realizado por el equipo multidisciplinario de la clínica de obesidad basado en criterios del DSM V.</p>	<p>1. Si  2. No</p>	<p>Cualitativo nominal</p>

## H. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de variables cualitativas se realizó calculando frecuencias absolutas y relativas, mientras para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

El cálculo de asociación se realizó por medio de prueba Chi cuadrada, la fuerza de asociación se determinó por medio de razón de momios (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%); la comparación de variables cuantitativas se realizó por medio de prueba T de Student. Se consideró significancia estadística con valores de  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos, se utilizó el software SPSS v.22 y Epi info 3.2

## IX. MATERIAL Y METODOS

### I. METODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posterior a la aprobación del protocolo de investigación, se notificó al responsable de la

Recursos Materiales y físicos.

MATERIAL	No. UNIDAD	COSTO UNITARIO	ORIGEN DEL RECURSO
Papelería	1	\$70.00 c/u	Papelería
Computadora	1	\$ 10,000	HOSNAVER
Impresora	1	\$ 3,000	HOSNAVER

Recursos financieros:

PERSONAL Y MATERIAL	No. UNIDAD	COSTO UNITARIO	ORIGEN DEL RECURSO
Investigador responsable	1	N/A	Clínica de obesidad (Médico Residente)
Investigadores asociados	1	N/A	Clínica de obesidad (Medico Bariatra)
Analistas de datos	1	N/A	Clínica de obesidad (Médico Residente y Asesor)
Revisores de Redacción	1	N/A	Clínica de obesidad (Profesores Metodología)

clínica de obesidad del HOSNAVER con la finalidad de coordinar la revisión de los expedientes clínicos. El investigador asistió a la clínica de obesidad tres veces por semana para consultar los expedientes de los pacientes que fueron evaluados por el equipo multidisciplinario y contaban como candidatos a ser parte de la investigación, aplicando los criterios de selección para cada paciente, posteriormente, se registraron las variables necesarias en una hoja de recolección de datos, para después capturarlas en una base de datos realizada para esta investigación en el programa Microsoft Excel 365.

### J. RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

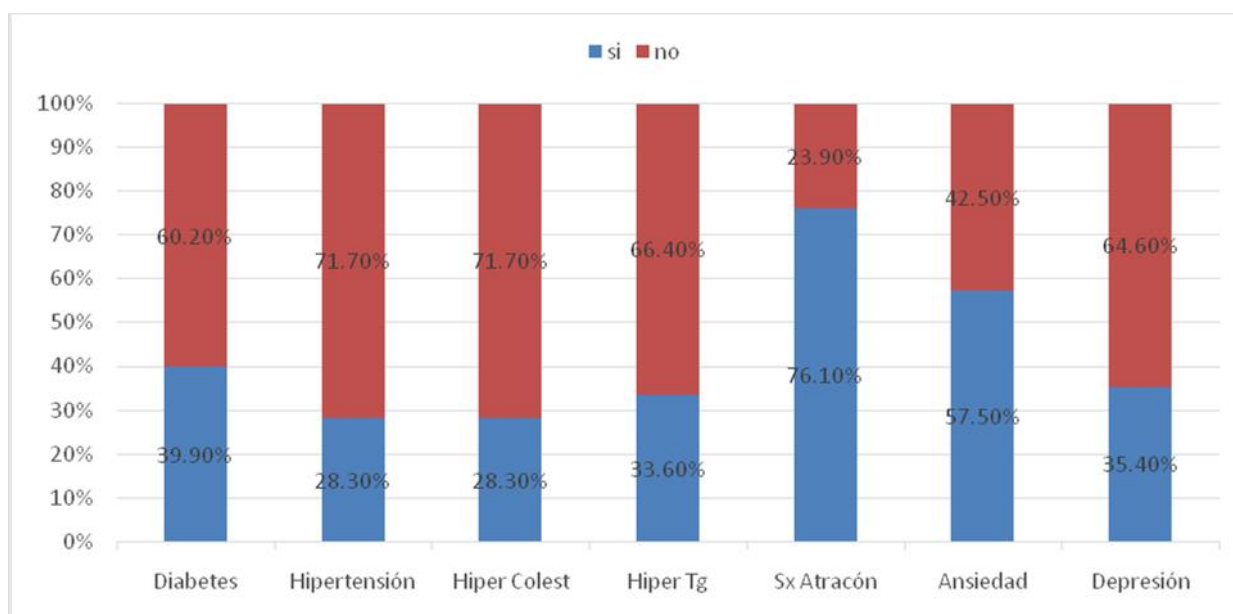
1. Un médico especialista director del proyecto (Medico Bariátra)
2. Un Investigador (Médico residente de medicina familiar).

## X. RESULTADOS

Para esta investigación se encontraron 113 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, siendo 14 (12.4%) hombres y 99 (87.6%) mujeres, con una edad promedio de 50.2( DE±12.2) años, la escolaridad más frecuente fue la primaria con 53(46.9%) casos, mientras el estado civil con mayor prevalencia fue el casado con 68(60.2%) casos, la participación en la clínica de obesidad de militares activos fue de 14(12.4%) casos; el número de comorbilidades más común fue tres y se presentó en 49 (43.4%) pacientes y el funcionamiento familiar con mayor número de casos fue el disfuncional con 66(58.4%). La

prevalencia del trastorno por atracón fue de 76.1%. Los valores de somatometría de los pacientes mostraron un peso de 93.2( DE±9.8) kg, con una talla de 1.60( DE±0.1) metros, con índice de masa corporal de 38.4( DE±4.2) kg/m<sup>2</sup>; los grados de obesidad estuvieron distribuidas en grado 1 en 9(8.0%) casos, grado 2 en 70(61.9%) casos y grado 3 en 34(30.1%) casos; los valores bioquímicos indicaron niveles de glucosa de 100.5( DE±21.4) mg/dL, colesterol 191.9( DE±23.5) mg/dL, triglicéridos 135.4( DE±55.1) mg/dL y hemoglobina glucosilada de 5.3( DE±1.0) por ciento. La figura 1 muestra las principales comorbilidades de los participantes en el estudio.

Figura 1. Número de comorbilidades presentada por los pacientes participantes. n=113



Para su estudio, se realizó la comparación entre los pacientes con trastorno por atracón (grupo "A") y sin este síndrome (grupo "B"), encontrando que el grupo "A" estuvo conformado por 86 pacientes (76.1%) mientras los pacientes libres de este síndrome fueron 27 (23.9%); El grupo "A" se integró por 12(14%) hombres y 74 (86%) mujeres, las características principales de este grupo fue contar con escolaridad primaria en 37(43.0%) casos, estado civil casado en 50(58.1%) ocasiones, función familiar disfuncional en 46(53.4%) pacientes, de igual

manera, se identificó ansiedad en 52(60.5%) participantes y depresión en 27 (31.4%). Por otro lado, el grupo "B" se integró por 2(7.4%) hombres y 25 (92.6%) mujeres, este grupo mostró como principales características una escolaridad primaria en 16(59.3%) casos, estado civil casado en 18(66.7%) ocasiones, función familiar disfuncional en 20(74.1%) pacientes, ansiedad en 13(48.1%) participantes y depresión en 13(48.1%). La tabla 1 muestra los factores asociados al trastorno por atracón.

Tabla 1. Factores asociados al trastorno por atracón. OR: razón de momios; IC: intervalo de confianza; prueba realizada: chi cuadrada; valor de significancia con  $p < 0.05$ .

		Si n=86		No n=27		OR	IC 95%	Valor de p
		Total	%	Total	%			
<b>Sexo</b>	Hombre	12	14.0%	2	7.4%	2.02	0.4-9.6	0.3
	Mujer	74	86.0%	25	92.6%			
<b>Escolaridad</b>	Primaria	37	43.0%	16	59.3%	0.5	0.2-1.2	0.1
	Secundaria	25	29.1%	8	29.6%	0.9	0.3-2.5	0.9
	Preparatoria	18	20.9%	2	7.4%	3.3	0.7-15.2	0.1
	Universidad	6	7.0%	1	3.7%	1.9	0.2-16.9	0.5
<b>Edo civil</b>	Soltero	6	7.0%	0	0.0%	--	--	0.1
	Casado	50	58.1%	18	66.7%	0.6	0.2-1.7	0.4
	Viudo	11	12.8%	3	11.1%	1.1	0.3-4.5	0.8
	Divorciado	19	22.1%	6	22.2%	0.9	0.3-2.8	0.9
<b>Derecho-habiciencia</b>	Militar activo	12	14.0%	2	7.4%	2.0	0.4-9.6	0.3
	Militar retirado	0	0.0%	0	0.0%	--	--	--
	DH madre	34	39.5%	6	22.2%	2.2	0.8-6.2	0.1
	DH esposa	34	39.5%	19	70.4%	0.2	0.1-0.6	.005*
	DH hija	6	7.0%	0	0.0%	--	--	0.1
<b>Numero de comorbilidades</b>	Ninguna	6	7.0%	0	0.0%	--	--	0.1
	Dos	24	27.9%	1	3.7%	10	1.2-78.3	0.008*
	Tres	34	39.5%	15	55.6%	0.5	0.2-1.2	0.1
	Cuatro	11	12.8%	9	33.3%	0.2	0.1-0.8	0.01*
	Cinco	7	8.1%	0	0.0%	--	--	0.1
	Seis	4	4.7%	2	7.4%	0.6	0.1-3.5	0.5
<b>Función familiar</b>	Disfunción severa	31	36.0%	14	51.9%	0.5	0.2-1.2	0.1
	Disfunción leve	15	17.4%	6	22.2%	0.7	0.2-2.1	0.5
	Buena función familia	40	46.5%	7	25.9%	0.2	0.04-1.2	0.07
<b>Ansiedad</b>	Si	52	60.5%	13	48.1%	1.6	0.6-3.9	0.2
	No	34	39.5%	14	51.9%			
<b>Depresión</b>	Si	27	31.4%	13	48.1%	0.4	0.2-1.1	0.1
	No	59	68.6%	14	51.9%			

La asociación entre el trastorno por atracón y patologías crónicas mostró un OR de 6.3 (IC95% 2.4 -16.2) para aquellos libres de hipercolesterolemia, el resto de las patologías estudiadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 2).



Tabla 2. Asociación entre trastorno por atracón y estatus de enfermedades crónicas. OR: razón de momios; IC: intervalo de confianza; prueba realizada: chi cuadrada; valor de significancia con

		Si n=86		No n=27		OR	IC 95%	Valor de p
		Total	%	Total	%			
<b>Grado de obesidad</b>	Grado 1	9	10.5%	0	0.0%	--	--	0.07
	Grado 2	48	55.8%	22	81.5%	0.2	0.09-0.8	0.01*
	Grado 3	29	33.7%	5	18.5%	2.2	0.7-6.5	0.1
<b>Diabetes</b>	Si, controlada	31	36.0%	12	44.4%	0.7	0.2-1.6	0.4
	Si, descontrolada	1	1.2%	1	3.7%	0.3	0.01-5.0	0.3
	No	54	62.8%	14	51.9%	1.5	0.6-3.7	0.3
<b>Hipertensión</b>	Si, controlada	18	20.9%	7	25.9%	0.7	0.2-2.0	0.5
	Si, descontrolada	6	7.0%	1	3.7%	1.9	0.2-16.9	0.5
	No	62	72.1%	19	70.4%	1.08	0.4-2.8	0.8
<b>Hipercolesterolemia</b>	Si, controlada	11	12.8%	11	40.7%	1.08	0.4-2.8	0.8
	Si, descontrolada	5	5.8%	5	18.5%	0.2	0.07-1.0	0.057
	No	70	81.4%	11	40.7%	6.3	2.4-16.2	<0.001*
<b>Hipertrigliceridemia</b>	Si, controlada	19	22.1%	1	3.7%	7.3	0.9-57.9	0.058
	Si, descontrolada	12	14.0%	6	22.2%	0.5	0.1-1.6	0.3
	No	55	64.0%	20	74.1%	0.6	0.2-1.6	0.3

p&lt;0.05.

Con respecto a la somatometría, el grupo "A" tuvo un peso de 93.45(DE±10.59) kg, con un IMC de 38.31(DE±4.56) kg/m<sup>2</sup>, mientras el grupo "B" registro un peso de 92.37(DE±6.93)kg y un IMC de 38.66(DE±2.56)kg/m<sup>2</sup>; las variables bioquímicas del grupo "A" muestran una glucosa de 98.19(DE±107.70) mg/dL, con Hg glucosilada

de 5.2(DE±1.07), de forma complementaria, el grupo "B" tuvo una glucosa de 107.70(DE±21.21) mg/dL y una hemoglobina glucosilada de 5.66(DE±0.76), ambas con un valor de p<0.05. La tabla 3 muestra la comparación entre las características somatométricas y bioquímicas de los dos grupos de estudio.

Tabla 3. Comparación de edad, somatometría y variables bioquímicas de acuerdo con la presencia del trastorno por atracón. Prueba realizada: T de Student independiente; significancia estadística con valor de  $p < 0.05$  (\*)

	Sx de atracón	Promedio	Desviación estándar	Valor de p
<b>Edad</b>	Si	48.60	12.37	0.1
	No	55.07	10.53	
<b>Peso</b>	Si	93.45	10.59	0.6
	No	92.37	6.93	
<b>Talla</b>	Si	1.56	.09	0.3
	No	1.54	.07	
<b>IMC</b>	Si	38.31	4.56	0.7
	No	38.66	2.56	
<b>Glucosa</b>	Si	98.19	21.08	0.04*
	No	107.70	21.21	
<b>Colesterol</b>	Si	188.53	19.80	0.07
	No	202.48	30.76	
<b>Triglicéridos</b>	Si	135.96	55.52	0.8
	No	133.74	54.65	
<b>Hg glucosilada</b>	Si	5.20	1.07	0.04*
	No	5.66	.76	
<b>Numero de comorbilidades</b>	Si	2.94	1.3	0.03*
	No	3.5	0.89	

## XI. DISCUSIÓN

La prevalencia del trastorno por atracón en los pacientes que ingresan a la Clínica de obesidad Navalvieve del 76.1%, lo cual resulta elevado al compararse con los datos expresados en la literatura que incluye a con sobrepeso u obesidad aquellos que buscan un tratamiento para este problema de peso, quienes en general reportan una prevalencia de TPA de hasta el 51.6%.<sup>26-</sup>

<sup>28</sup>Debemos mencionar que la prevalencia reportada en los grupos con un peso por arriba del ideal es muy superior a la reportada por otros grupos de pacientes, por ejemplo, Gómez identificó en una de sus investigaciones realizadas una prevalencia del 2.5% en sujetos indígenas colombianos<sup>29</sup> mientras en el resto de la población (caucásica, latina, afroamericana en países industrializados) se registra prevalencia de

entre el 1 y el 5%, excepto en el caso de los adolescentes, en donde ha descrito que el 45% de ellos ha tenido por lo menos un episodio de atracón en su vida.<sup>6,7,10-12.</sup>

Otra población que mencionaremos de forma independiente es los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que están adscritos a la clínica de obesidad, quienes reportaron una prevalencia de TPA del 37% en nuestro estudio, siendo una cifra también muy superior a los rangos presentados en otras investigaciones, en donde podemos encontrar prevalencias que están entre el 1.3 y el 25.5%, sin embargo, en estas últimas los pacientes diabéticos tienen pesos distribuidos en todos los grados, mientras los pacientes de esta investigación son obesos, lo cual podría ser el factor causante de una sinergia dentro de la conducta de TPA.<sup>30</sup>

Los pacientes de esta investigación se mostraron libres de asociación entre sus patologías crónicas y la presencia de TPA, lo cual también difiere de lo indicado en la evidencia médica, en donde se señala a la diabetes, hipertensión y dislipidemia como comorbilidades relacionadas con el TPA.<sup>27,28,31,32</sup> Esta condición dentro de los pacientes de la clínica de obesidad debe ser estudiada con mayor profundidad, ya que en este momento los datos clínicos obtenidos en nuestra investigación apoyan la idea que los pacientes con síndrome de atracón no presentan un descontrol mayor o mas riesgo para padecer una enfermedad crónica, incluso, muestran un mejor control en la diabetes, con valores menores en comparación con aquellos que no sufren de TPA; esta situación contrapone las explicaciones fisiopatológicas sobre el control metabólico, ya que una persona con TPA tiene consumo irregular de alimentos lo cual provoca una variación de ingesta calórica diaria, pero a pesar de estas variaciones estadísticamente significativas, ambos grupos se consideran con un buen control, por lo que una primera hipótesis para explicar la diferencia entre los valores de glucosa podría ser que los pacientes no tuvieron su último episodio de atracón de forma reciente; es importante mencionar que estas diferencias distan de ser importantes para el manejo clínico, ya que como se mencionó previamente, los pacientes de ambos grupos se encuentran en rangos de control adecuado tanto en los valores de glucosa como de hemoglobina glucosilada.

Acorde a los resultados observados, podemos identificar que no existe una asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón, sin embargo, esta situación no se presenta de la misma manera en grupos de población conformada por sujetos de peso variado, en donde la función familiar si es un factor asociado al TPA<sup>2</sup> y esto mismo sucede con pacientes adolescentes, quienes al ser tratados en conjunto con su problema de función familiar obtiene mejores resultados para corregir el trastorno de alimentación que padecen ya que la función familiar no se presenta de forma dinámica y es acorde al estado de ánimo del paciente que se puede presentar con una intensidad distinta el

episodio de atracón, resaltando también la importancia en los niveles de comunicación familiar como determinantes para la respuesta en un episodio de atracón. Cabe destacar que el tratamiento basado únicamente en terapia dirigida a corregir la disfunción familiar no es la opción recomendada, si no tomar una terapia psicosocial personalizada acorde a cada paciente, ya que actualmente predomina la existe evidencia en pacientes adolescentes que reciben este tipo de tratamiento con resultados a favor para su salud<sup>22-25</sup>

Es importante mencionar que los resultados de esta investigación muestran que no hay diferencia estadísticamente significativa en el peso e IMC de los pacientes con y sin TPA, siendo un resultado semejante al reportado por Castro<sup>26</sup> y debemos mencionar que en ambos casos, la base de pacientes participantes tenían pesos superiores a los establecidos como normal, siendo pacientes obesos en nuestro estudio y con sobrepeso y obesidad, se determinó que no existen diferencias entre la distribución de los pacientes con TPA acorde a su peso; por otra parte, estos datos difieren de lo presentado diversas investigaciones, en donde se demuestra que el TPA se presenta con mayor frecuencia en pacientes con obesidad comparado con pesos normales;<sup>2,28,30,33</sup> sin embargo, estos resultados se obtuvieron de poblaciones con peso de todo tipo, por lo que acorde a lo anterior, podríamos identificar que para la población general el peso mayor constituye un factor que facilita la presencia de TPA, sin embargo, en pacientes que se encuentren con estado nutricional equivalente a sobrepeso o mayor, el incremento en cantidad de IMC o peso, no se consideraría como mayor riesgo para la patología

Con lo que respecta al control bioquímico de los pacientes, llama la atención que los pacientes con TPA tuvieron la glucosa y la hemoglobina glucosilada menor en los pacientes de nuestro estudio, mientras que en la evidencia médica, se puede observar que no hay diferencia significativa entre este tipo de pacientes o bien, que los pacientes con TPA cursan con cifras más altas de glucosa o hemoglobina glucosilada, sin embargo,

no encontramos evidencia que apoyen los resultados de nuestra investigación.<sup>30,34</sup>

La relación entre el sexo y la presencia de TPA resulto nula para los pacientes que acuden a la clínica de obesidad; al comparar estos resultados con la literatura, no encontramos una tendencia definida para los resultados, ya que en estudios transversales como los realizados por Pope o Morales, se encontraron un mayor numero de casos en pacientes masculinos<sup>1,2</sup> sin embargo, estas diferencias resultaron no significativas; por otra parte, existe literatura indica que las mujeres tienen mayor riesgo de cursar con TPA a partir de los cambios hormonales que viven durante su fase lútea<sup>34</sup> así como si cursan con datos de ansiedad o depresión<sup>35</sup>.

Con lo que respecta a la depresión y ansiedad, ninguna resultó asociada a la presencia de TPA, situación distinta a lo presentado por la literatura, en donde se encuentra reportadas ambas patologías psiquiátricas, de forma conjunta o independientes, resultan facilitadores de TPA y no solo eso, si no en general, la literatura describe que existe evidencia que las emociones negativas y una mala resiliencia juegan un papel fundamental para mantener el atracón.<sup>2,28,31,36</sup> Consideramos prudente hacer mención que la relación establecida en la literatura entre las patologías psiquiátricas ya cuentan con un componente neurobiológico establecido, en donde se han demostrado modificaciones de circuitos corticoestriales y cambios en el tejido cerebral de forma similar a los que sufre una persona con adicciones, además, se han identificado modificaciones en las redes de neuroreceptores tales como los dopaminérgicos y opioidérgico, haciendo con ello que los pacientes tengan una mala regulación de la motivación y control de sus impulsos.<sup>37</sup>

## **XII. CONCLUSIONES**

Como conclusiones podemos mencionar que la prevalencia del TPA es alto en los pacientes que acuden a la clínica de obesidad del HOSNAVER,

sin embargo, el hecho de cursar con TPA no es un factor de riesgo para tener un mayor peso y la función familiar, el sexo, la ansiedad y la depresión resultaron no estar asociados con el desarrollo del TPA.

El estudio integral de los pacientes de la clínica de obesidad debe ser un eje importante, ya que a pesar de identificar a pacientes que tienen un trastorno de la alimentación como el TPA, pudimos observar que aquellos pacientes que cursan con esta patología tienen menos comorbilidades, tienen un mejor control de diabetes cuantificada tanto en glucosa sérica como con hemoglobina glucosilada. Por último, llama la atención que tener hipercolesterolemia y tener obesidad tipo II son factores protectores para el TPA, teniendo como única explicación posible el tamaño de muestra reducido en esta investigación, ya que clínicamente no encontramos evidencia que explique esta situación.

## **XIII. PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES**

Actualmente la clínica de obesidad se encuentra en una fase de desarrollo, por lo que generar líneas de investigación dependiente de ella resulta una forma de retroalimentar sus procesos, pero sobre todo de identificar las particularidades de la población que atiende con el propósito de generar modificaciones al interior del equipo multidisciplinario que la compone con la finalidad de incrementar el nivel de su calidad de atención.

Por tanto, recomendamos continuar con la línea de investigación en los pacientes pertenecientes a la clínica de obesidad, así mismo, el realizar estudios de tipo cohorte para poder incrementar el nivel de evidencia obtenido en este proyecto de investigación, así como correlacionar los resultados encontrado con respecto a la función familiar de los pacientes con los resultados de otras investigaciones que impliquen la función familiar dentro del HOSNAVER ya que se debería conocer la estadísticas de esta población

para posteriormente, poder identificar si los pacientes de la clínica de obesidad tienen algún comportamiento particular con respecto a la función de sus familias.

Por último, es importante que los miembros de la clínica sensibilicen y capaciten al personal de atención primaria para poder identificar el trastorno por atracón, ya que, a pesar de no encontrar asociación entre la función familiar y el trastorno por atracón, se pudo detectar la alta prevalencia de este en la población usuaria de la clínica de obesidad

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pope H, Lalonde JK, Pindyck LJ, Walsh T, Bulik CM, Crow SJ, et al. Binge Eating Disorder: A Stable Syndrome. *Am J Psychiatry* 2006; 2006;163:2181–3.
2. Morales A, Gómez A, Jiménez B, Jiménez F, León G, Majano A, et al. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015;44(3):177–82.
3. Tetzlaff A, Schmidt R, Brauhardt A, Hilbert A. Family Functioning in Adolescents with Binge-Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2016;24(5):430–3.
4. Santiago J, Barragán M, Sosa J, Coutiño B. Sintomatología depresiva y conducta de atracón en la obesidad: Estudio piloto con intervención de atención plena y compasión. *Psiquis (Mexico).* 2017;26:15–26.
5. Berrocal C, Ruiz M. Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Int J Clin Heal Psychol.* 2002;2(3):407–24.
6. García Palacios A. El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace.* 2014;(110):70–4.
7. Guisado J, Vaz FJ. Aspectos clínicos del trastorno por atracón o “binge eating disorder.” *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2001;21(77):27–32.
8. Gempeler J. Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005;34(2):242–50.
9. Cuadro E, Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2015;6(2):97–107.
10. Morales A, Gordillo C, Perez C, Marcano D, Perez M, Melendez P. Factores de riesgo para los trastornos por atracón (TA) y su asociación con la obesidad en adolescentes. *Gceta Médica de México.* 2014;150(Suppl 1):125–31.
11. Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Ment.* 2012;35(6):483–90.
12. Ruiz-martinez A, Vazquez-Arevalo R, Mancilla-Diaz J, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon G, Tena-Suck A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *UniversitasPsychologica.* 2010;9(2):447–55.
13. Escandon-Nagel N. Comparación entre personas con malnutrición por exceso, con y sin trastorno por atracón. *Nutr Hosp.* 2016;33(6):1470–6.
14. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychol Bull.* 2004;130(1):19–65.
15. Peña R. Factores asociados a la psicopatología, depresión y disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento de sustitución. Universidad Veracruzana; 2008.
16. Arrieta K, Díaz S, Martínez G. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet].* 2013;42(2):173–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70004-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70004-0)

17. Baile JI. Trastorno por atracón: Reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Rev Med Chil*. 2014;142(1):128–9.
18. Maldonado R, Suarez R, Rojas A, Gavilanes Y. La funcionalidad familiar: una determinante de la conducta de los adolescentes [Internet]. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. 2017. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/funcionalidad-familiar-conducta-de-los-adolescentes/>
19. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardello P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. *Aten Primaria*. 1996;18(6).
20. González C, González S. Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Pepsic* [Internet]. 2008;6(15):2–7. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272008000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272008000200002&script=sci_arttext)
21. Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la “Entrevista estructural.” *Salud Ment*. 2001;24(2):32–42.
22. Wallis A, Miskovic-wheatley J, Madden S, Rhodes P, Crosby RD, Cao L, et al. How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa ? *J Eat Disord*. 2017;5(55):1–9.
23. Yu A, Kim L, Alan DR, Zhongzheng S, Bin N. Family functioning , moods , and binge eating among urban adolescents. *J Behav Med* [Internet]. 2019;42(3):511–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9994-8>
24. Costa MB, Melnik T. Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders : an overview of Cochrane systematic reviews. 2016;14(55 11):235–44.
25. Cerniglia L, Cimino S, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:305–12.
26. Castro A, Ramirez A. Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Atracón en adultos con sobrepeso y obesidad, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*. 2013;22:20–6.
27. Palavras MA, Kaio GH, Mari JDJ, Claudino AM. A review of Latin American studies on binge eating disorder Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33:95–108.
28. Brownley KA, Berkman ND, Peat CM, Kathleen N, Cullen KE, Bann CM, et al. Binge-Eating disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2017;165(6):409–20.
29. Gomez-restrepo C, Javier C. Prevalence of risky eating behaviors and associated factors in indigenous population in Colombia. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2017;8(2):113–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2017.04.001>
30. Abbott S, Dindol N, Tahrani AA, Piya MK. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes : a systematic review. *J Eat Disord*. 2018;6:36–44.
31. Hilbert A. Binge - Eating Disorder Eating disorder Binge eating Obesity Diagnosis Treatment. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(1):33–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>
32. Mccuen-wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge eating-disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. 2018;1411(1):96–105.
33. Lazarevich I, Irigoyen-camacho ME, Velázquez-alva MC. Obesity , eating behaviour and mental health among university students in Mexico city. 2013;28(6):1892–9.

34. Guerdjikova A, Mori N, Casuto L, McElroy S. Binge eating disorder. *Psychiatr Clin N Am.* 2017;1–12.
35. Peterson RE, Latendresse SJ, Bartholome LT, Warren CS, Raymond NC. Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression , Anxiety , and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *J Obes.* 2012;2012:1–9.
36. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients.* 2017;9:1–11.
37. Kessler R, Hutson P, Herman B, Potenza M. The Neurobiological Basis of Binge-Eating Disorder Author: *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2016;63:223–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>

Access this Article in Online	
	Website: <a href="http://www.ijarm.com">www.ijarm.com</a>
	Subject: Medical Sciences
Quick Response Code	
DOI: <a href="https://doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.06.012">10.22192/ijamr.2021.08.06.012</a>	

How to cite this article:

CAP. CORB. SSN. MC.N. Minerva Gabriela Rocha Guerrero, Corb. SSN. MC.N Med. Fam Irina Romero Cortés, Cap. Corb. SSN. MCN. Med Fam. Alexis González Ojeda. (2021). FUNCIÓN FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO POR ATRACÓNEN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE OBESIDAD DEL HOSNAVER. *Int. J. Adv. Multidiscip. Res.* 8(6): 186-208.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.06.012>