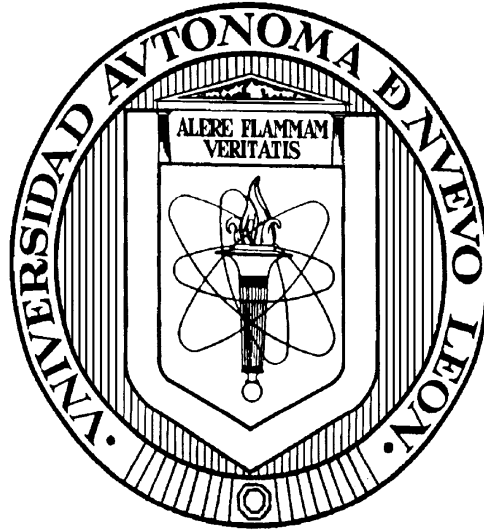


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**EFFECTO DE CONDUCTAS OBESOGÉNICAS EN RESULTADOS DE CIRUGÍA
BARIÁTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

PRESENTA

MARIANA MENDOZA PARRA

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y
HOSPITALARIA CON ORIENTACIÓN EN ADULTOS

MARZO, 2023

El presente trabajo titulado "Efecto de conductas obesogénicas en resultados de cirugía bariátrica: una revisión sistemática", presentado por Mariana Mendoza Parra, ha sido aprobado por el comité de trabajo terminal.



Dr. Alfredo Bernadro Cuéllar Barboza
Director/a de Trabajo Terminal



Dra. Daniela Escobedo Belloc
Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Dr. Manuel Andrés Gardea Reséndez
Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Monterrey, Nuevo León, México, Marzo 2023

Dedicatoria

A mis padres, quienes me han apoyado en cada paso de mi carrera profesional y a lo largo de mi vida.

A todas las personas especiales que también me acompañaron en esta etapa, y que aportaron a mi formación profesional y personal.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a mis maestros y colegas del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi director de Trabajo Terminal, Dr. Alfredo B. Cuéllar Barboza, por haberme orientado con su experiencia y conocimiento en todo momento.

Al Centro de Salud Afectiva (CNSA) y todos sus integrantes, destacando a la Lic. Sarai González Garza y Abril Gutiérrez Castro, quienes me apoyaron para la realización y terminación de este trabajo.

A la La Plataforma INVEST KER México, quien me proporcionó su apoyo para la realización de la revisión sistemática. En especial al Dr. Neri Álvarez-Villalobos y Augusto Andrés Gamboa-Alonso, por sus aportaciones y conocimientos.

Resumen

Objetivo: Identificar el efecto de las conductas obesogénicas en los resultados de la cirugía bariátrica

Método: Se llevó a cabo una revisión sistemática de un total de 20 publicaciones, donde se seleccionó una combinación de términos MeSH y palabras clave específicas con respecto a la población de interés (pacientes bariátricos), procedimiento evaluado e intervención de interés (manga gástrica y bypass) para encontrar artículos originales o resúmenes en inglés. La búsqueda de estudios se realizó en las bases de datos de Ovid, MEDLINE, EMBASE, Web of Science y Scopus.

Resultados: Un total de 6,440 pacientes fueron incluidos. Los factores psicosociales implicados en las conductas obesogénicas, tales como los atracones, tienen un efecto importante en los resultados posoperatorios de la cirugía bariátrica. Dentro de otros aspectos evaluados, se observó una disminución de los episodios de ingesta nocturnas y de pérdida de control de ingesta, posterior al tratamiento con cirugía bariátrica.

Conclusiones: Podemos determinar con esta revisión sistemática, que el hacer uso de la evaluación prequirúrgica para la predicción de éxito de la cirugía bariátrica, con énfasis en las conductas obesogénicas específicamente del trastorno por atracones, nos brinda un mejor desenlace a mediano y largo plazo para la pérdida de peso de los pacientes.

Palabras clave: cirugía bariátrica, conductas obesogénicas, atracones, trastorno por atracón.

Abstract

Objective: To identify the effect of obesogenic behaviors on the results of bariatric surgery.

Method: A systematic review of a total of 20 publications was carried out, where a combination of MeSH terms and specific keywords were selected with respect to the population of interest (bariatric patients), procedure evaluated and intervention of interest (gastric sleeve and bypass) to find original articles or abstracts in English. The search for studies was performed in the Ovid, MEDLINE, EMBASE, Web of Science and Scopus databases.

Results: A total of 6,440 patients were included. Psychosocial factors implicated in obesogenic behaviors, such as binge eating, have an important effect on postoperative outcomes of bariatric surgery. Among other aspects evaluated, a decrease in nocturnal eating episodes and loss of eating control was observed, after treatment with bariatric surgery.

Conclusions: We can determine with this systematic review that the use of pre-surgical evaluation for the prediction of success of bariatric surgery, with emphasis on obesogenic behaviors, specifically binge eating disorder, provides us with a better medium and long-term outcome for weight loss of patients.

Keywords: *bariatric surgery, obesogenic behaviors, binge eating, binge eating disorder.*

Índice

I. Introducción	9
Antecedentes	10
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos	12
II. Marco Teórico	14
Sobrepeso y obesidad	14
Cirugía bariátrica	15
Conductas obesogénicas	18
Bulimia nerviosa	19
Atracones	20
Comedor emocional	22
Comedor nocturno	23
Pica	25
Locus de contro (interno y externo)	26
III. Método	26
Estrategia de búsqueda	27
Estrategia para identificación y selección de los estudios	27
Criterios de elegibilidad de estudios	28
Ética	29
IV. Resultados	30
Descripción de estudios incluidos	30
Características y datos demográficos de los estudios incluidos	31
Evaluación del riesgo de sesgo	31

Pérdida de peso	31
Conductas obesogénicas	34
Atracones	34
Comedor emocional	38
Pérdida de control	39
Comedor nocturno	39
V. Discusión y Conclusiones	40
VI. Referencias	45

I. Introducción

La obesidad es un tema controversial dada la gran cantidad de personas padeciendo esta grave enfermedad, ya que es considerada un factor de riesgo para enfermedades no transmisibles (Moreno, 2012). El aumento de la obesidad y del síndrome metabólico son un fenómeno mundial y México no es la excepción (Dávila-Torres, De Jesús González-Izquierdo, & Barrera-Cruz, 2015). Se sabe que es un problema de salud pública, donde más del 50% de la población mexicana tiene sobrepeso y obesidad (Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros, & López-R, 2004).

La gran cantidad de comorbilidades asociadas al exceso de peso aumentan el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, afectando no solo la salud física, sino también la calidad de vida. Se ha asociado el sobrepeso y la obesidad, con un mayor número de factores de riesgo de enfermedades crónicas (Arteaga, 2012). Algunas de estas enfermedades son la diabetes mellitus tipo 2; enfermedades cardiovasculares; algunos cánceres, como el de endometrio, mama y colon; entre otras enfermedades no transmisibles (Moreno, 2012).

Una de las soluciones para la obesidad que se ha popularizado es el sometimiento a una cirugía bariátrica. Algunos estudios examinaron el potencial de predictores psicosociales pre quirúrgicos de la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica; con resultados mixtos (Lisa R Miller-Matero et al., 2018).

Es por eso que la valoración psicológica de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica es parte determinante de la evaluación (Pérez-Martínez, De la Torre-Esteve, Torado-González, & Van-De-Hofstdt-Roman, 2011). Con base a esto, algunos predictores psicológicos han sido asociados a una mayor probabilidad de éxito después de un procedimiento bariátrico, estos son personas más jóvenes, mujeres, de alta autoestima y de buena salud mental con mayor probabilidad de éxito (Kulendran, Borovoi, Purkayastha, Darzi, & Vlaev, 2017). Por otro lado, cuando existen

trastornos psiquiátricos en los candidatos, se recomienda un período de estabilidad antes de realizar la cirugía bariátrica; y en el caso del trastorno por atracón, estos deben de ser tratados antes del procedimiento ya que se consideran un factor negativo para la pérdida de peso (Pérez-Martínez et al., 2011).

La evaluación preoperatoria implica un modelo integral, que incluye una educación integral del paciente sobre los resultados quirúrgicos y el régimen de comportamiento postoperatorio requerido; una evaluación multidisciplinaria realizada idealmente por un equipo de endocrinólogos, nutriólogos, psicólogos y el cirujano (Schlottmann, Nayyar, Herbella, & Patti, 2018).

Antecedentes

Los individuos candidatos a cirugía bariátrica son generalmente obesos mórbidos, y la severidad de la obesidad ha sido relacionado con mayores tasas de psicopatología, incluyendo depresión y trastorno por atracones (Olguín et al., 2014).

Los autores Olguín, et al. (2014) encontraron que las personas obesas que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de psicopatología en comparación con las personas obesas que no buscan tratamiento. Por esa razón, se han realizado diversos estudios para determinar si existe una asociación entre los rasgos de personalidad y la obesidad, en los que se encontró factores de riesgo el neuroticismo, la impulsividad y la sensibilidad; y la conciencia y el autocontrol como factores protectores (Peterhänsel et al., 2017).

En un estudio se evaluó a 204 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, observándose que alrededor del 39% de estos pacientes cumplía con criterios para patología del eje I definidos por el DSM-IV (Hayden, Murphy, Brown, & O'Brien, 2014). La mayoría de las complicaciones psiquiátricas surgidas luego de la cirugía bariátrica eran independientes de la pérdida de peso (Olguín et al., 2014). Las patologías más

frecuentemente encontradas fueron Trastornos del ánimo (26,5%), Trastornos de Ansiedad (15,2%) y Trastorno por Atracones (13,2%) (Hayden et al., 2014).

Por otro lado, se realizó un estudio donde evaluaron el seguimiento por 2 años de 157 pacientes post cirugía bariátrica, primero se observaron mejorías en parámetros de salud mental, sin embargo regresaban a sus valores preoperatorios después de 24 meses de la cirugía, registrándose además dos muertes relacionadas a abuso de alcohol y tres por suicidio (Waters et al., 1991).

En otro estudio, llevado a cabo en España en el 2006, se reporta que el tipo de intervención puede variar según el patron alimentario del paciente, mencionan que para atracones se utilizan mejor las técnicas restrictivas o las mixtas; para pica o multiples ingestas hipercalóricas se llevan a cabo técnicas malabsorbtivas; y para una ingesta habitual de alimentos grasos se recomienda una técnica mixta (Crespo & Ruiz, 2006).

Planteamiento del problema

Los resultados de una cirugía bariátrica se ven constantemente afectados por distintos factores, ya que la obesidad tiene origen multifactorial. Los hallazgos recientes con respecto a la importancia pronóstica de los atracones preoperatorios son inconsistentes, ya que algunos informes predicen una menor pérdida de peso, otros informan mayor pérdida de peso, y otros no reportan relación significativa ((Ivezaj & Grilo, 2018; Johnson, Asigbee, Crowell, & Negrini, 2018; Miller-Matero et al., 2014; White et al., 2011). Por lo mismo resulta importante iniciar la definición de este específico factor, denominado en este trabajo como conductas obesogénicas.

Pocos estudios mencionan dicho análisis, entre ellos Pérez-Martínes et al., (2011), realizaron una valoración a 198 candidatos a cirugía bariátrica, con el objetivo de analizar las características demográficas, médicas y variables psicológicas. Estos autores mencionan que resulta preciso profundizar en el estudio de la influencia que

las variables psicológicas tengan sobre los resultados a medio y largo plazo de la cirugía bariátrica, de cara a protocolizar de forma sistemática modelos e instrumentos de valoración (Pérez-Martínez et al., 2011).

Al ser poca la información que se conoce sobre las variables demográfica y psicosociales en esta población, se define la siguiente hipótesis: Una evaluación psicológica centrada en las conductas obesogénicas tendrá mejores resultados a largo plazo posterior a la cirugía bariátrica.

Justificación

Este trabajo intenta aclarar uno de los factores que pueden afectar la alta variabilidad en los resultados de las cirugías bariátricas peso (Ivezaj & Grilo, 2018; Johnson, Asigbee, Crowell, & Negrini, 2018; Miller-Matero et al., 2014). Ya que se considera que al conocer las conductas obesogénicas del paciente, permitirá una mejor selección de candidatos para la cirugía, mejor abordaje integral y, por ende, un mejor desenlace.

Es la primera revisión sistemática que tiene como objetivo principal describir las conductas obesogénicas en la evaluación psicológica de una cirugía bariátrica, para determinar su influencia en los resultados.

Una de las limitaciones de este trabajo es la poca investigación de conductas obesogénicas como grupo, por lo que se describirán únicamente las que estén reportadas en la literatura.

Objetivos

El objetivo general es identificar el efecto de las conductas obesogénicas en los resultados de la cirugía bariátrica (la re ganancia de peso, pérdida de peso, comorbilidades, etc.) de acuerdo con las conductas reportadas en la evaluación psicológica pre-quirúrgica.

Como objetivos específicos se pretende identificar el efecto de las conductas obesogénicas en los resultados de la cirugía bariátrica (la re ganancia de peso, pérdida de peso, comorbilidades, etc) de acuerdo a las conductas reportadas en la evaluación psicológica prequirúrgica.

II. Marco Teórico

Sobrepeso y obesidad

La obesidad se entiende como una enfermedad de etiología multifactorial, en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y del estilo de vida (Uribe-Carvajal, Jiménez-Aguilar, Morales-Ruan, Salazar-Coronel, & Shamah-Levy, 2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud; una manera más sencilla de medir la obesidad es por medio del índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros(kg/m^2) (OMS, 2021).

La clasificación internacional de obesidad es la que propone la OMS según el IMC (Moreno, 2012), una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso (Tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de obesidad por IMC

Clasificación	IMC
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25.0 – 29.9
Obesidad I	30.0 – 34.9
Obesidad de clase II	35.0 – 39.9
Obesidad de clase III	> 40.0

Existe evidencia científica que constata que son múltiples los factores etiopatogénicos que predisponen a la obesidad como las siguientes: genéticos, metabólicos, conductuales, ambientales y psicológicos (Bajo, 2016). Y bajo este mismo abordaje, se debe contemplar el tratamiento.

La OMS reportó un aumento en las cifras de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas (prevalencia combinada de 75.6%). En México durante la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino en el 2016, 7 de cada 10 adultos mexicanos (72.5%) presentan sobrepeso u obesidad; la mayor prevalencia se presenta en las mujeres (75.6%) en comparación con los hombres (69.4%) (Uribe-Carvajal et al., 2018).

Asimismo, la OMS menciona que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Entre las comorbilidades asociadas, se distinguen las dependientes de alteraciones metabólicas asociadas como la diabetes mellitus (DM2), la dislipidemia aterogénica, hígado graso y síndrome ovárico poliquístico; otras comorbilidades dependen de los cambios físico-mecánicos del exceso de peso, como la hipoventilación, apnea nocturna y osteoartritis, y por último pero no menos importantes, condiciones psicopatológicas dependientes del rechazo personal y social del sobrepeso (Arteaga, 2012; Bajo, 2016; Errandonea, 2012; James Sadock, Alcott Sadock, & Ruiz, 2015; Uribe-Carvajal et al., 2018).

Cirugía bariátrica

La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección más efectivo para la obesidad mórbida, con un IMC mayor a 40, ya que este produce una pérdida de peso sustancial

y evidentes mejoras en las comorbilidades médicas relacionadas con la obesidad a largo plazo (Bajo, 2016; Valentina Ivezaj et al., 2017; Sheets et al., 2015).

El objetivo principal de este procedimiento quirúrgico no es llegar a un peso ideal, sino reducir significativamente las comorbilidades asociadas y mejorar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes (Saboya, Arasaki, Matos, & Lopes-Filho, 2012). Sin embargo, a pesar de los impresionantes resultados de éxito reportados, existe una gran variabilidad en los resultados de pérdida de peso a largo plazo después de la cirugía bariátrica (V. Ivezaj & Grilo, 2018; Johnson, Asigbee, Crowell, & Negrini, 2018; Lisa Renee Miller-Matero et al., 2014).

Las intervenciones no quirúrgicas para tratar la obesidad severa resultan en una pérdida de peso moderada, acompañadas de una recuperación de peso frecuente; por otro lado, la cirugía bariátrica produce una pérdida de peso y un mantenimiento superiores, junto con la resolución o mejoras en la morbilidad médica. Diversos investigadores reportan que la cirugía bariátrica se recomienda para adultos con riesgo quirúrgico aceptable y un índice de masa corporal (IMC) de 40 o 35 con morbilidad importante relacionada con la obesidad (Sheets et al., 2015).

Existen diversas variantes de la cirugía bariátrica, las cuales se pueden dividir en tres tipos de técnicas según el efecto que es responsable de la pérdida de peso: restrictivas, malabsortivas y las mixtas (Bajo, 2016; Crespo & Ruiz, 2006). Los procedimientos más comunes de la cirugía bariátrica incluyen derivación gástrica en Y de Roux, banda gástrica ajustable laparoscópica, gastrectomía laparoscópica de la manga y desviación biliopántica con interruptor duodenal (Johnson et al., 2018).

Debido al incremento y a las recientes investigaciones sobre la cirugía bariátrica y sus resultados inconsistentes la literatura se ha enfocado en explorar las características preoperatorias de los pacientes con el objetivo de predecir los resultados de la pérdida de peso bariátrica. Una de estas maneras es a través de una evaluación del paciente y de educarlo, es necesaria la selección adecuada del paciente para garantizar que el paciente esté en condiciones físicas y psicológicas para someterse a una cirugía para perder peso (Schlottmann et al., 2018)

Se han estudiado en concreto, los comportamientos de atracón y el trastorno por atracón, que son comunes entre los candidatos a cirugía bariátrica, los cuales han sido considerados como posibles indicadores de pronóstico para los resultados bariátricos (Valentina Ivezaj et al., 2017).

Un adecuado tratamiento preoperatorio es crítico para el éxito de la cirugía bariátrica. A pesar de que no existe un guía de evaluación estandarizada, el protocolo más frecuente es la entrevista clínica y la medida objetiva de diversas variables por medio de algunos cuestionarios auto-administrados (Pérez-Martínez et al., 2011).

Un componente clave de la evaluación preoperatoria implica una educación integral del paciente sobre los resultados quirúrgicos y el régimen de comportamiento postoperatorio requerido (Schlottmann et al., 2018). Esta evaluación conlleva una evaluación médica completa, una evaluación del estado metabólico, una evaluación por parte de nutrición, una evaluación psicológica (Schlottmann et al., 2018), y es ahí donde es indispensable el trabajo de un equipo multidisciplinario.

Desde la parte psicológica, los pacientes obesos después de la cirugía bariátrica experimentan un estrés emocional significativo, con mayor labilidad del estado de

ánimo y una mayor presencia de ansiedad, depresión e irritabilidad; al mismo tiempo, los ajustes necesarios en el estilo de vida y hábitos, producen tensión en sus relaciones significativas (Olguín, Carvajal, & Fuentes, 2014). Los factores psicosociales tienen un impacto significativo en los resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica, incluida la adherencia al régimen de estilo de vida postoperatorio recomendado, el ajuste emocional y los resultados de pérdida de peso (Schlottmann et al., 2018).

Conductas obesogénicas

Recordando que la obesidad tiene una causa multifactorial, es importante no delimitar exclusivamente el tipo de alimento ingerido, ya que se ha encontrado que los patrones de alimentación suelen ser anormales en un grupo de personas con obesidad (Crespo & Ruiz, 2006). Es por esto que resulta importante determinar qué tipo de patrón, trastorno o conducta está teniendo el paciente, ya que según los autores Crespo y Ruiz (2006), estos mismos patrones pueden tener efecto en el resultado de la cirugía bariátrica.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) se definen los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos como una perturbación en la alimentación o en el comportamiento relacionado a comer, que resulta en la alteración del consumo o absorción de la comida (American Psychiatric Association, 2013). Es evidente, cuando existe una conducta anómala continua en la forma de alimentarse y en el manejo del control del peso, que modifica e impacta la salud física y el funcionamiento psicológico y social (Errandonea, 2012).

Dentro del DSM-V existen ocho diagnósticos, de los cuales solo incluyen Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones y Pica, al ser estos diagnósticos que se observan en los patrones de alimentación de personas con sobrepeso y obesidad.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de atracones combinados con formas inapropiadas de detener el aumento de peso (James Sadock et al., 2015). Estos atracones son acompañados de conductas que buscan compensar o contrarrestar la ingesta desmedida de comida, con el objetivo de no subir de peso. Las acciones compensatorias son del tipo purgas (inducción de vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos), de restricción de la ingesta o la realización de actividad física (Errandonea, 2012). En la Tabla 2 se encuentran los criterios diagnósticos para Bulimia Nerviosa, según el DSM-5.

Tabla 2

Criterios diagnósticos para Bulimia Nervosa, según DSM-V

Criterios diagnósticos	
A.	Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes: 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
B.	Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
C.	Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
 - E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.
-

Atracones

El Trastorno por Atracón es un problema que se observa con más frecuencia en pacientes obsesos (Bajo, 2016; Crespo & Ruiz, 2006). El Trastorno por Atracón tiene una gran variabilidad en la prevalencia en pacientes obsesos candidatos a cirugía bariátrica, desde un 5% hasta un 75% (Bajo, 2016; Crespo & Ruiz, 2006; James Sadock et al., 2015; Valdés-Moreno et al., 2016). En la Tabla 3 se encuentran los criterios diagnósticos para Trastorno de Atracón, según el DSM-5.

Las personas con trastorno por atracón tienen episodios donde comen una cantidad anormalmente grande de comida en poco tiempo. A diferencia de la bulimia, estos pacientes no realizan conductas compensatorias después de un episodio de atracón (James Sadock et al., 2015; Valdés-Moreno et al., 2016).

Un episodio de atracón tiene dos componentes fundamentales: el primero es la gran cantidad de comida ingerida y el segundo una percepción de descontrol (Errandonea, 2012). Los episodios de atracones a menudo ocurren en privado, generalmente incluyen alimentos con un contenido calórico denso y, durante el atracón, la persona siente que no puede controlar su alimentación (James Sadock et al., 2015). Las personas con trastorno por atracón, o comedores compulsivos, reportan inicios más tempranos de obesidad (Crespo & Ruiz, 2006).

El origen del consumo compulsivo de alimentos ha sido comparado con la adicción a las drogas ya que se observa la participación del sistema dopaminérgico de recompensa y como consecuencia de la activación de mecanismos de reforzamiento positivo, en este caso generado por los alimentos de alto contenido calórico (Valdés-Moreno et al., 2016).

Los atracones pueden presentarse en varios trastornos de alimentación: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastornos atípicos y en el trastorno o síndrome por atracones (Errandonea, 2012). Las personas con diagnóstico de bulimia nerviosa difieren de los comedores compulsivos que no purgan, en que estos últimos tienden a tener menos alteración de la imagen corporal y menos ansiedad con respecto a la alimentación.

En pacientes obesos se puede observar la existencia de atracones aislados, como también de atracones como parte de este síndrome, que tiene especificado un número de episodios por semana (Errandonea, 2012), para cumplir con los criterios diagnósticos. La investigación sobre la importancia pronóstica de atracones preoperatorios en los resultados de la cirugía bariátrica se ha centrado principalmente en los cambios de peso (White, Kalarchian, Masheb, Marcus, & Grilo, 2011).

Tabla 3

Criterios diagnósticos para Trastorno de Atracones, según DSM-V

Criterios diagnósticos	
A.	Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.
-

Comedor emocional

La alimentación emocional ha sido definida como comer como respuesta a una variedad de emociones negativas, como la ansiedad, la depresión, la ira y la soledad (Garaulet et al., 2012). Se ha encontrado que la búsqueda de alivio en alimentos se ha considerado una estrategia para aliviar la ansiedad, la tristeza y otras emociones

negativas, en muchos casos como resultado de seguir una dieta a largo plazo u otros problemas que ocurren en nuestra vida diaria (Garaulet et al., 2012).

Ha sido encontraron apoyo empírico en que la influencia de las emociones en la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas, y en las personas que hacen dieta que en las personas que no hacen dieta; también se ha sugerido que la emoción en sí misma puede no ser responsable de sobrestimación sino de la forma en que se trata la emoción (Garaulet et al., 2012). Esta conducta obesogénica no está dentro del Manual de Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición, por lo mismo es poca la información encontrada al respecto.

Comedor nocturno

El síndrome de comedor nocturno, o comer de noche, se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de alimentos después de la cena por lo menos tres veces por semana; generalmente tienen poco apetito durante el día y sufren de insomnio (Bajo, 2016; James Sadock et al., 2015). Comedores nocturnos tiene una mayor prevalencia entre los pacientes con insomnio, obesidad (10-15%), trastornos de la alimentación y otros trastornos psiquiátricos (Errandonea, 2012; James Sadock et al., 2015).

Su cuadro característico es el de un paciente que ingiere una importante cantidad de las calorías del día después de la última comida, con insomnio y anorexia matinal; no hay episodios de atracones (Errandonea, 2012). Es importante resaltar que el paciente está despierto durante la hiperfagia nocturna, hay recuerdo del evento al día siguiente y no existe sonambulismo (Errandonea, 2012; James Sadock et al., 2015).

Este síndrome también se asocia a sobrepeso y obesidad, como también es más frecuente en pacientes que solicitan tratamiento para bajar de peso, llegando a un 10% de prevalencia (Errandonea, 2012).

Tabla 4

Criterios para identificar a un Comedor nocturno

Criterios	
1.	Un consumo de un 50% de las calorías totales del día en forma posterior a la última comida.
2.	Anorexia o falta de apetito durante la mañana.
3.	Despertares durante la noche (insomnio) e ingesta nocturna.
4.	Una duración de al menos 3 meses.
5.	No cumplir con criterios de bulimia nerviosa o síndrome del comedor por atracones.

Nota: Errandonea, I. (2012). Obesidad y Trastornos de Alimentación. *Revista Médica Clínica Las Condes* (Vol. 23).

Pica

La pica es un trastorno de la ingestión y de la conducta que se define como el consumo persistente de alimentos no nutritivos durante un período de por lo menos un mes; algunos factores asociados a su origen y mantenimiento son sensoriales, digestivos, nutricionales, psicológicos y psiquiátricos (Viguria Padilla & Miján De La Torre, 2006).

La pica no conlleva ausencia o rechazo de los alimentos, y desde un punto de vista psiquiátrico se ha descrito como una respuesta frente al estrés, asociada a trastornos como la esquizofrenia, autismo, y al trastorno obsesivo-compulsivo (Viguria Padilla & Miján De La Torre, 2006).

Tabla 5

Criterios diagnósticos para Pica, según DSM-V

Criterios diagnósticos	
A.	Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes.
B.	La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
C.	El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
D.	Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido

el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

Locus de control (interno y externo)

Una dimensión de la personalidad relacionada a la obesidad es la teoría de Control de Refuerzo, o locus de control, descrita por Rotter (1966), como el grado en que los individuos atribuyen una recompensa a ser determinada por su propio comportamiento y/o características (Peterhänsel, Linde, Wagner, Dietrich, & Kersting, 2017).

Las personas con un control interno asumen más responsabilidad sobre sus vidas, mientras que en el control externo se consideran más factores más externos como el azar, la suerte y el destino, o la influencia de otros poderosos (Rotter, 1966). Levenson (1972, 1973) desarrolló más a fondo esta teoría al distinguir dentro de la dimensión del control externo entre la orientación al azar externa y la orientación externa de otros poderosos.

El "Locus de control" se ha investigado con respecto a su función predictiva en los programas de pérdida de peso y en el mantenimiento de la pérdida de peso, pero no tanto en las poblaciones bariátricas (Peterhänsel et al., 2017).

III. Método

Se llevó a cabo una revisión sistemática de los artículos que estuvieran relacionados al tema, de manera que se pudiera determinar si al evaluar las conductas obesogénicas se mejoran los resultados de la cirugía bariátrica, pues al ver la

disminución de dichas conductas, el paciente bariátrico tendrá mejores hábitos que ayuden con sus resultados a largo plazo.

Estrategia de búsqueda

Un bibliotecario con experiencia en revisión sistemática y metaanálisis diseñó la estrategia de búsqueda en colaboración con los principales investigadores. Se seleccionó una combinación de términos MeSH y palabras clave específicas con respecto a la población de interés (pacientes bariátricos), procedimiento evaluado e intervención de interés (manga gástrica y bypass) para encontrar artículos originales o resúmenes en inglés. La búsqueda de estudios se realizó en las bases de datos de Ovid, MEDLINE, EMBASE, Web of Science y Scopus.

En cuanto a la estrategia para identificación y selección de los estudios, en todas las fases se trabajó en duplicado y previo a cada una se realizó una fase piloto entre revisores para clarificar dudas y desacuerdos en respecto a los criterios de inclusión y exclusión. Dos revisores senior trabajaron de forma independiente y por duplicado para revisar todos los títulos y resúmenes, así como para seleccionar manuscritos de texto completo elegibles.

Antes del proceso de selección, se realizó una revisión piloto de 30 estudios hasta que se alcanzó un acuerdo entre evaluadores ajustado al azar (índice k) de 0,7. En esta fase piloto, se revisaron los estudios por título y resumen para certificar una comprensión adecuada y resolver malentendidos. Posteriormente, estos dos revisores trabajaron nuevamente de forma independiente y por duplicado, incluyendo o excluyendo estudios según título o resúmenes. Todos los estudios debían ser aprobados por uno de los revisores para ser incluidos en la fase de texto completo.

Estrategia para identificación y selección de los estudios

La primera fase de cribado de títulos y resúmenes se hizo por los dos revisores. Los artículos incluidos por cualquiera de los dos revisores pasaron a la siguiente fase. La segunda fase de cribado de texto completo también se hizo por los dos revisores. Los

artículos incluidos por ambos revisores pasaron a la extracción de datos; los desacuerdos fueron evaluados por consenso y en caso los casos que no se llegó a un acuerdo un tercer revisor decidió.

En cuanto a la recolección y manejo de la información de interés los dos revisores trabajaron de manera independiente para extraer los datos de los artículos seleccionados. Se creó una plantilla para la extracción de datos, que se modificó con base a las observaciones de ambos revisores.

Criterios de elegibilidad de estudios

- Criterios de inclusión: Ensayos clínicos controlados aleatorizados, cohortes, casos y controles; evaluación al menos una de las conductas obesogénicas en pacientes que fueron sometidos a una cirugía bariátrica; y evalúen los resultados posteriores a uno y dos años; pacientes sometidos a cirugía bariátrica, específicamente manga gástrica y un roux-en-y bypass gástrico, que tengan diagnóstico de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA); y cualquier idioma.
- Criterios de exclusión: Reporte de casos, criterios de eliminación: datos faltantes a pesar de haber contactado al autor

Recolección de la información

Se diseñó un formulario de extracción de datos para estandarizar el proceso. El formulario incluía las siguientes secciones: información bibliográfica (por ejemplo, año, autores...); pregunta de estudio (población objetivo, tipo de cirugía, comorbilidades médicas, conductas obesogénicas), tipo de evaluación psicológica (BES, EDI...); y también se incluyó el riesgo de sesgo. Los mismos revisores trabajaron de nuevo de forma independiente y por duplicado extrayendo los datos de cada estudio individual.

Resultados y priorización de la información

Los desenlaces de interés se enfocaron en la pérdida de peso, re-ganancia de peso y la modificación de conducta obesogénica; también se buscaron algunos trastornos

psiquiátricos de depresión y ansiedad, que basados en la literatura influyen en el resultado de la cirugía.

Riesgo de sesgo en estudios individuales

Se realizó una evaluación sistemática del sesgo en los estudios incluidos utilizando la herramienta de riesgo de sesgo de los criterios Cochrane versión 2.018, Ottawa y Quality

Los dominios utilizados para la evaluación de cada estudio fueron los siguientes: proceso de asignación al azar, desviaciones de las intervenciones previstas, datos de resultado faltantes, medición del resultado, selección del resultado informado y sesgo general. Los juicios de riesgo de sesgo para cada dominio son "bajo riesgo de sesgo", "algunas preocupaciones" o "alto riesgo de sesgo".

Ética

Los resultados de esta revisión sistemática serán publicados en una revista con revisión por pares sin importar los resultados. La información que se usará no incluye datos de pacientes individuales, por lo tanto, la aprobación por un comité de ética no necesario.

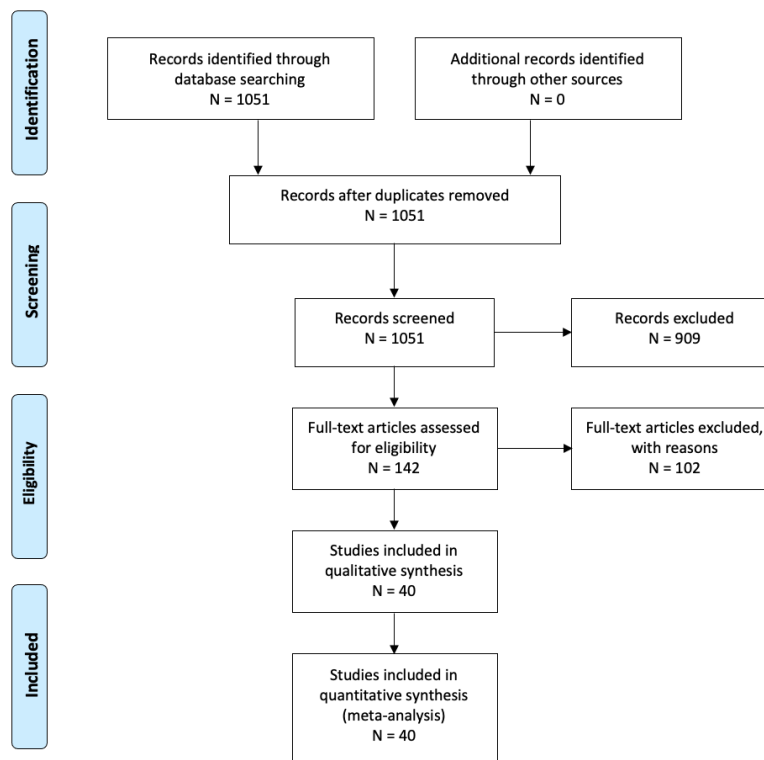
IV. Resultados

Descripción de estudios incluidos

Durante la búsqueda de la literatura se encontraron 1,051 publicaciones, de las cuales ninguna fue duplicada. Durante la revisión se llevaron a cabo dos procesos de elegibilidad y se excluyeron un total de 1,031 publicaciones ya que no cumplían con los criterios de inclusión, quedando un total de 20 publicaciones para revisión. En la Figura 1 se muestra el primer diagrama de flujo del proceso de selección.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección



Características y datos demográficos de los estudios incluidos

Un total de 6,440 pacientes fueron incluidos. Las cirugías reportadas en los estudios fueron el Bypass gástrico en Y de Roux de los cuales doce estudios reportaron su uso (5, 22, 98, 181, 203, 216, 230, 249, 835, 1353, 67, 105) con un total de 5,515 pacientes; la Gastrectomía en manga laparoscópica que fue reportada en cinco publicaciones (15, 23, 60, 74, 421); con un total de 380 pacientes; una publicación fue reportada como “Otra cirugía bariátrica” (280) y dos publicaciones no especificaron el tipo de cirugía realizada (141, 204), con un total de 545 pacientes.

El seguimiento de los estudios fue de 1 a 2 años y los estudios fueron realizados en Noruega (5), Canada (23), Reino Unido (835), Países Bajos (1353), Alemania (74, 203), Italia (22, 60), Turquía (15, 421), Brasil (67, 98, 105), y de los restantes, la mayoría fueron realizados en Estados Unidos (141, 181, 204, 216, 230, 249, 280). Los estudios incluidos fueron realizados entre los años de 1999 y 2019.

El tipo de estudio que más fue reportado fue el estudio/análisis retrospectivo (22, 181, 203, 230, 1353, 67), seguido por la cohorte longitudinal (23, 60, 141, 249, 280, 835), así como estudios prospectivos (74, 204, 216, 421), estudios observacionales (15, 105), un ensayo controlado aleatorizado (RCT, por sus siglas en inglés) (5) y, por último, un estudio croseccional (98).

Evaluación del riesgo de sesgo

Todos los estudios se clasificaron con bajo riesgo de sesgo para el proceso de asignación al azar y el resultado de datos faltantes.

Pérdida de peso

De los 20 artículos incluidos, 11 estudios reportaron el porcentaje de pérdida de peso a los 12 y 24 meses posterior a la cirugía (Tabla 6). Donde se puede observar que hubo una pérdida de peso significativa acorde a los resultados reportados en los estudios.

Tabla 6*Historia de peso en kg*

ID Estudio	Antes de cirugía	6 meses	12 meses	24 meses
5	162.2 (21.9)	-	-	-
22	122.9 (16.6)	-	85.6 (18.7)	83.2 (19.1)
23	141.62 (43.07)	-	105.12 (39.19)	-
60	131 (21.8)	-	-	-
74	146.59 (27.25)	113.64 (23.37)	104.17 (21.52)	-
98	131.16 (28.29)	-	86.08 (19.15)	-
105	127.3 (23.8)	93.7 (2.5)	85.75 (2.15)	84.3 (2.1)
216	140.6 (24.9)	96.16 (19.1)	87.9 (22.7)	92.07 (20.4)
230	139.7 (26.3)	-	-	-
249	139.8 (21.5)	-	84.2 (21.2)	-
835	131.7 (19.9)	-	91	90

Tabla 7*Historia de peso, IMC*

ID Estudio	Antes de cirugía	6 meses	12 meses	24 meses
5	55.0 (3.3)	42.0 (2.0)	-	-
15	47.26 (6.28)	36.41 (5.45)	32.22 (4.28)	-
22	46.4 (7.4)	-	32.9 (7.3)	31.7 (7.1)
23	49.32 (11.44)	-	36.48 (10.69)	-
60	47.4 (6.8)	-	-	-
67	51.1 (7.5)	-	36.8 (10.4)	-
74	50.11 (7.95)	39.24 (8.17)	35.69 (6.69)	-
98	48.31 (7.92)	-	31.74 (5.70)	-
105	48.2 (7.2)	35.5 (0.8)	32.6 (0.7)	32.1 (0.7)
141	46. 53 (6.10)	-	30.1 (5.13)	-
181	48.7 (8.4)	-	-	-
203	51.3 (9.0)	-	32.6	-
204	51.1 (8.4)	-	-	-
216	50.7 (8.0)	-	-	-
230	49.2 (4.2)	-	-	-
249	51.3 (6.3)	-	32.0 (5.8)	-
280	53.4 (10.9)	-	40.7 (9.5)	-

835	44.5 (4.9)	-	-	-
1353	44.4 (5.7)	-	30.7 (4.9)	30.3 (5.1)

Conductas obesogénicas

La conducta obesogénica más estudiada en los pacientes que se someten a cirugía bariátrica son los atracones. De los 20 estudios incluidos en esta revisión, 16 evaluaron atracones a sus pacientes (5, 15, 22, 23, 60, 67, 74, 98, 105, 141, 181, 203, 216, 230, 249, 280).

La escala más utilizada para su evaluación es el EDE-Q (Eating Disorder Examination), con 7 estudios; seguido por el BES (Binge Eating Scale) con 4 estudios utilizando la escala; y otros instrumentos fueron Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3), EDE-BSV interview, el libro de Diagnostic and Statistical Manual (DSM) 5, basándose en los criterios para un Trastorno por Atracón, Binge Scale Questionnaire, Eating Attitudes Test (EAT), Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R), y por último el Structured Clinical Interview for DSM IV Disorder (SCID).

Atracones

De los 16 estudios de binge eating hubo 4 que solamente evaluaron de manera preoperatoria con diversos instrumentos (Tabla 8), esto con el objetivo de evaluar la relación con el diagnóstico inicial y la pérdida de peso. Los cuales en su mayoría no se vieron afectados por el diagnóstico.

Tabla 8*Evaluación preoperatoria*

ID Estudio	Instrumento	Cirugía	Pacientes
60	EDI-3	MG	8.50% *
105	BES	RYGB	45 (41.7%)
	SCID		6 (5.5%)
216	BES	RYGB	19.2 (9.9) **
			87(55.4%)
230	DSM-5	RYGB	38 (32%)

Nota. EDI-3: Eating Disorders Inventory; BES: Binge Eating Scale; SCID: Structured Clinical Interview for DSM IV Disorder; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual.

MG: Manga gástrica; RYGB: Roux-en-Y gastric bypass.

*% = porcentaje de pacientes.

** Puntaje de la escala BES (<18 = Trastorno por Atracón leve o sin diagnóstico; > 26 = Trastorno por Atracón grave).

De los 7 estudios que evaluaron con el instrumento Eating Disorder Examination (EDE-Q), 5 reportaron los resultados pre y post operatorios (Tabla 9). En los cuales se puede observar una disminución considerable de los puntajes. En dos de los estudios (5 y 15) hubo una disminución a los 6 meses de la cirugía, y posteriormente se observa un aumento del puntaje a los 24 y a los 12 meses.

Tabla 9*Evaluación con Eating Disorder Examination (EDE-Q)*

ID Estudio	Cirugía	Precirugía	6 meses	12 meses	24 meses
5	RYGB	2.6 (0.9)	1.8 (0.6)	1.5 (0.9)	2.0 (1.3)
15	MG	3.52(0.52)	2.21(0.40)	2.23(0.33)	-
23	MG & RYGB	2.61(1.32)	-	1.54(0.85)	-
74	MG & RYGB	2.83 (0.99) *	1.71 (0.99) *	1.48 (1.06) *	-
		2.7 (5.81) **	0.35(1.31) **	0.59(2.13) **	-
249	RYGB	1.9(0.8)	-	0.5(0.3)	-

Nota. Puntaje > 2.6 = se considera presencia de un TCA, en este caso Trastorno por Atracón

MG: Manga gástrica; RYGB: Roux-en-Y gastric bypass.

*Resultados del puntaje global

** Resultados del puntaje de severidad de Trastorno por Atracón, en los pacientes con el diagnóstico

El otro instrumento que más fue reportado de manera pre y post operatoria fue el Binge Eating Scale (BES), con 3 estudios reportando una disminución en los puntajes (Tabla 10). El estudio 181 solamente reportó puntajes de manera postoperatoria, reportándolo en los pacientes que reganaron peso y los que no.

Tabla 10*Evaluación con Binge Eating Scale (BES)*

ID Estudio	Cirugía	Precirugía	12 meses	24 meses
98	RYGB	13.58 (7.21)	6.64 (6.44)	-
181	LRYGB	-	-	11.5 (8.6) *
				16.3 (9.4) **
249	RYGB	19.8 (4.3)	4.5 (2.6)	-

Nota. Puntaje de la escala BES (<18 = Trastorno por Atracón leve o sin diagnóstico; > 26 = Trastorno por Atracón grave).

RYGB: Roux-en-Y gastric bypass, LRYGB: laparoscopic roux-en-y gastric bypass

* Pacientes no re-ganaron peso al momento de la evaluación

** Pacientes re-ganaron peso al momento de la evaluación

Por último, se reportaron los porcentajes de pacientes con atracones o diagnóstico de Trastorno por Atracón (Tabla 11), en los cuales también se puede apreciar una disminución de pacientes con este diagnóstico, a excepción del estudio 141 que se quedó con un porcentaje muy similar a la inicial.

Tabla 11*Porcentaje de pacientes con Atracónes o diagnóstico de Trastorno por Atracón*

ID Estudio	Instrumento	Cirugía	Precirugía	6 meses	12 meses	24 meses
		Ambas	60 (68%)	-	24 (33%)	22 (33%)
22	DSM-5	RYGB	41 (75%)	-	13(28%)	12 (27%)
		SG	19 (59%)	-	11 (42%)	10 (43%)
67	QEWP-R	RYGB	24 (52%)	-	20 (43%)	-
141	SCID	Sin especificar	20 (29.4%)	-	19 (29.6%)	-
203	QEWP-R	RYGB	14 (23.7%)	-	-	-
	EDE-BSV		15 (28.8%)	2 (3.4%)	-	-
280	Pacientes*	Sin	88%	52%	-	0%
	DSM-5	especificar	19 (16%)	-	-	-

Nota. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual; EDI-3: Eating Disorders Inventory; QEWP-R: Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised; SCID: Structured Clinical Interview for DSM IV Disorder; EDE-BSV: Eating Disorder Examination - Bariatric Surgery Version

*Porcentaje de pacientes

Comedor emocional

Tres estudios evaluaron la conducta obesogénica del comedor emocional (60,835, 1353). cada uno utilizó un instrumento diferente (EDI-3, TFEQ-R21 y DEBQ). De los

cuales solo el estudio 60, reportó el porcentaje de pacientes con esta conducta obesogénica, resultando 66% de la población prequirúrgica; se utilizó el EDI-3 .

Pérdida de control

Dos estudios evaluaron la conducta obesogénica de pérdida de control (74, 204). Ambos estudios utilizaron el instrumento Eating Disorder Examination (EDE-Q).

Tabla 12

Resultados de EDE-Q, para medir pérdida de control

ID Estudio	Cirugía	Precirugía	6 meses	12 meses	24 meses
74	MG & RYGB	2.99 (6.2)	0.42(1.57)	0.53 (2.64)	-
204	RYGB	3.4 (0.9)	-	2.2 (1.0)	2.5 (1.2)

Nota. Puntaje > 2.6 = se considera presencia de un TCA, en este caso Trastorno por Atracón

MG: Manga gástrica; RYGB: Roux-en-Y gastric bypass.

Comedor nocturno

Y por último, un estudio evaluó la conducta obesogénica del comedor nocturno (280), utilizando la escala Eating Disorder Questionnaire (EDQ). En el estudio se reportó una disminución de los episodios de ingesta nocturna, lo que correspondía a un IMC más bajo (Powers, Perez, Boyd & Rosemurgy, 1999).

V. Discusión y Conclusiones

Discusión

La obesidad es una enfermedad de origen genético, ambiental y que tiene estrecha relación con los hábitos del estilo de vida. Existe múltiples factores de riesgo para adquirir obesidad, entre los cuales se encuentran alteraciones de la conducta y problemas psicológicos. El estado de salud mental es uno de los determinantes para valorar si el paciente con obesidad es candidato o no a tratamiento quirúrgico, ya que las patologías psicológicas previas a este procedimiento se relacionan a la falla terapéutica, siendo así un mal pronóstico.

La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección para los pacientes con obesidad mórbida, con un IMC mayor de 40 kg/m². Este procedimiento produce una pérdida de peso y un mantenimiento superior a otros tratamientos no quirúrgicos. En nuestro estudio, la cirugía más empleada fue el Bypass gástrico en Y de Roux. La mayoría de los artículos reportó una pérdida de peso significativa, posterior al procedimiento quirúrgico, a los 12 y 24 meses.

Una de las estrategias más importantes para el tratamiento de los pacientes con obesidad candidatos a tratamiento quirúrgico, son las evaluaciones preoperatorias, las cuales implican una educación integral del paciente sobre los resultados quirúrgicos y el régimen de comportamiento postoperatorio requerido. Entre estas evaluaciones, la psicológica es una de las más importantes, ya que posterior al procedimiento quirúrgico, estos pacientes presentan un aumento significativo del estrés emocional, en su labilidad del estado de ánimo y una mayor incidencia de ansiedad, depresión e irritabilidad.

Los factores psicosociales implicados en las conductas obesogénicas, tales como los atracones, tienen un efecto importante en los resultados posoperatorios de la cirugía

bariátrica, por lo que estos aspectos también son evaluados, lo cual ayuda a la adherencia al régimen del estilo de vida postoperatorio recomendado, ajuste emocional y a mejores resultados en la pérdida de peso.

Dentro de las conductas obesogénicas, en nuestro trabajo, la más estudiada fueron los atracones, evaluada en la mayoría de los reportes por la escala EDE-Q antes de la cirugía y posterior a esta. En estos reportes, se presentó una pérdida de los atracones significativa, posterior al tratamiento quirúrgico. Cabe resaltar que, en dos de los estudios, la pérdida de este puntaje se mantuvo por 6 meses postquirúrgicos, con un aumento del puntaje a los 12 y 24 meses. En los otros estudios que evaluaron los atracones con otras escalas como la BES, SCID, EDI-3, también se observó una disminución de los eventos posterior a la cirugía.

En estos estudios se reportaron los porcentajes de pacientes con el diagnóstico de trastorno por atracón pre y posterior a la cirugía. Se observó una disminución significativa del número de pacientes con este trastorno posterior al tratamiento quirúrgico. Borrello (2022), realizó una revisión sistemática para evaluar las estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para pacientes de cirugía bariátrica. Estudiaron las estrategias de atención individual, grupal y a distancia, factores de éxito y no éxito en las diferentes modalidades y análisis de los efectos de las comorbilidades psicológicas asociadas a la obesidad en el pronóstico de la cirugía. La autora concluye que la selección de recursos de acuerdo con la comorbilidad psicológica del paciente en cada fase del contexto de la cirugía podría aumentar la eficacia del tratamiento quirúrgico. Así, sería posible diseñar una serie de estrategias para los momentos en los que se observase una mayor necesidad de apoyo en este proceso; esto podría evitar un mal pronóstico de la cirugía, ya que se ha visto que de un 20 a un 50% de los pacientes tiene una pérdida de peso inadecuada o una recuperación de peso tras 2 o 3 años de haber realizado la cirugía bariátrica.

Finalmente, dentro de otros aspectos evaluados, se observó una disminución de los episodios de ingesta nocturnas y de pérdida de control de ingesta, posterior al

tratamiento con cirugía bariátrica. Lo anterior se ha planteado previamente por Kassir y cols. (2018), los cuales refieren que siempre se debe de informar a los pacientes sobre un posible aumento de peso después de la cirugía y recordarles que la obesidad es una enfermedad crónica, el fracaso de la cirugía es parte de esta enfermedad crónica y siempre debe ser objeto de seguimiento. Por lo anterior, se debe explicar y dar una carta detallada explicando los detalles de la cirugía. También, comentan algunas pautas para actuar en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad y tendencias de bulimia, como el uso de medicamentos antidepresivos, el empleo de equipos multidisciplinarios, terapia conductivo conductual, manejo de emociones y dar seguimiento estrecho a estos pacientes en su etapa postquirúrgica (Kassir et al., 2018). Müller y colaboradores (2013), también se refirieron al importante papel del cuidado de la salud mental de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica, pues datos empíricos sugieren que estos pacientes sufren de enfermedades mentales en un gran porcentaje, que puede que mejore o se exacerbe más en el tiempo postquirúrgico; estos últimos con gran riesgo de falla al tratamiento quirúrgico y recurrencia de la obesidad (Müller, 2013; Sheets et al., 2015).

Nuestros resultados demuestran conclusiones favorables con la cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida en cuanto a sus conductas alimenticias, alteraciones psicológicas y del comportamiento, cambiando o viendo una reducción en diagnósticos como trastornos de atracón realizados previo a la cirugía y comportamientos de alto riesgo para obesidad como las ingestas nocturnas de alimentos. Además, se hace énfasis en que la evaluación psicológica previa al tratamiento quirúrgico es de vital importancia para evitar fallos en esta terapia, tener un mejor control de las conductas alimenticias y ayudar a hacer frente al estado de estrés que incrementa posterior al procedimiento, ya que presentan un cambio de vida radical.

Este estudio pone de manifiesto la utilidad de las evaluaciones psicológicas para obtener mejores resultados en el tratamiento de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica, las cuales pueden servir incluso en otros tipos de procedimientos

quirúrgicos, lo cual es de vital importancia como en el caso de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido, para mejorar el pronóstico postoperatorio.

Además, cabe la pena seguir aplicando estudios prospectivos, longitudinales, pareados, para poder determinar mejor los resultados, disminuyendo los sesgos que pueden implicarse en los resultados finales, como las conductas socio familiares en el ámbito personal de cada paciente, la accesibilidad a un buen sistema de salud que integre de manera práctica y correcta el análisis y perfil psicológico de estos pacientes, entre otros. También, para evitar el sesgo de control, se recomienda que los grupos de control tengan educación nutricional, con el objetivo de que los efectos del equipo de nutrición no intervengan en la evaluación de resultados de la TCC, una vez que se ha concluido que esta información recibida también genera cambios en el paciente. Así como considerar el efecto de las comorbilidades complejas que existían antes de la cirugía, la forma en la que el individuo se ajusta a la terapia psicológica, de los efectos de esta y de los modelos de atención general y especializada que se podrían plantear (Borrello, 2022).

Conclusiones

En conclusión, podemos determinar con esta revisión sistemática, que el hacer uso de la evaluación prequirurgica para la predicción de éxito de la cirugía bariátrica, con énfasis en las conductas obesogénicas específicamente del trastorno por atracones, nos brinda un mejor desenlace a mediano y largo plazo para la pérdida de peso de los pacientes.

Es importante señalar que dentro de las revisiones no se evaluó la estrategia terapéutica psicológica empleada, por lo que será un área importante a explorar. Así mismo, es elemental individualizar cada caso como parte de un grupo de valoración multidisciplinario, donde en el área de abordaje psicológico será vital determinar la temporalidad del seguimiento postquirúrgico.

Cabe señalar que nuestro estudio es la primera revisión sistemática del tema, por lo que se encontró con diversas limitaciones al no ser un área explorada. Sin embargo, será un parteaguas para posteriores estudios donde se vayan incluyendo variables importantes como profundizar en las demás conductas obesogénicas no mencionadas y otros factores asociados al estilo de vida de las personas con obesidad.

VI. Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (American Psychiatric Pub, Ed.) (5th ed.). Washington, D.C.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Arteaga, A. L. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145–153.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70291-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70291-2)
- Bajo, B. (2016). Trastorno de atracones en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica.
- Borrello, P. D. (2022). Las estrategias de la terapia cognitivo conductual (TCC) para pacientes de cirugía bariátrica: revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 5(1).
- Brunault, P., Ducluzeau, P. H., Bourbao-Tournois, C., Delbachian, I., Couet, C., Réveillère, C., & Ballon, N. (2016). Food addiction in bariatric surgery candidates: prevalence and risk factors. *Obesity surgery*, 26(7), 1650-1653.
- 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* (Vol. 47). Retrieved from
<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675007.pdf>
- Dávila-Torres, J., De Jesús González-Izquierdo, J., & Barrera-Cruz, A. (2015). *Panorama de la obesidad en México*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* (Vol. 53). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152t.pdf>
- Errandonea, I. (2012). *Obesidad y Trastornos de Alimentación*. *Revista Médica Clínica Las Condes* (Vol. 23). [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70294-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70294-8)
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimera, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutr Hosp*, 27(2), 645–651. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5659>
- Hayden, M. J., Murphy, K. D., Brown, W. A., & O'Brien, P. E. (2014). Axis I disorders in adjustable gastric band patients: the relationship between psychopathology

- and weight loss. *Obesity Surgery*, 24(9), 1469–1475.
<https://doi.org/10.1007/s11695-014-1207-0>
- Ivezaj, V., & Grilo, C. M. (2018). The complexity of body image following bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 19(8), 1116–1140. <https://doi.org/10.1111/obr.12685>
- Ivezaj, V., Wiedemann, A. A., & Grilo, C. M. (2017). Food addiction and bariatric surgery: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 18(12), 1386–1397.
- Ivezaj, Valentina, Kessler, E., Lydecker, J. A., Barnes, R. D., White, M. A., & Grilo, C. M. (2017). Loss-of-control eating following sleeve gastrectomy surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(3), 392–398.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.09.028>
- James Sadock, B., Alcott Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Johnson, L. P., Asigbee, F. M., Crowell, R., & Negrini, A. (2018). Pre-surgical, surgical and post-surgical experiences of weight loss surgery patients: a closer look at social determinants of health. *Clinical Obesity*, 8(4), 265–274.
<https://doi.org/10.1111/cob.12251>
- Kassir, R., Kassir, R., Lointier, P., & Sauvat, F. (2018). Does Post-operative Psychotherapy Contribute to Improved Comorbidities in Bariatric Patients with Borderline Personality Disorder Traits and Bulimia Tendencies?. *Obesity Surgery*, 28(7), 2054–2055.
- Kulendran, M., Borovoi, L., Purkayastha, S., Darzi, A., & Vlaev, I. (2017). Impulsivity predicts weight loss after obesity surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(6), 1033–1040. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.12.031>
- Miller-Matero, Lisa R, Bryce, K., Saulino, C. K., Dykhuis, K. E., Genaw, J., & Carlin, A. M. (2018). Problematic Eating Behaviors Predict Outcomes After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 28, 1910–1915. <https://doi.org/10.1007/s11695-018-3124-0>
- Miller-Matero, Lisa Renee, Armstrong, R., McCulloch, K., Hyde-Nolan, M., Eshelman, A., & Genaw, J. (2014). To eat or not to eat; is that really the question? An

- evaluation of problematic eating behaviors and mental health among bariatric surgery candidates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(3), 377–382. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0118-3>
- Moreno, M. G. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124–128. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70288-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70288-2)
- Müller, A., Mitchell, J. E., Sondag, C., & de Zwaan, M. (2013). Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Current psychiatry reports*, 15(10), 1-8.
- Olguín, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2014). *Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica*. *Rev Chil Cir* (Vol. 67). Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v67n4/art16.pdf>
- OMS (2021). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=En%20el%20caso%20de%20los,igual%20o%20superior%20a%2030.>
- Pérez-Martínez, E., De la Torre-Esteve, M., Torado-González, S., & Van-De-Hofstdt-Roman, C. J. (2011). Valoración de candidatos a cirugía bariátrica : descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 99(January), 29–40.
- Peterhänzel, C., Linde, K., Wagner, B., Dietrich, A., & Kersting, A. (2017). Subtypes of Personality and 'Locus of Control' in Bariatric Patients and their Effect on Weight Loss, Eating Disorder and Depressive Symptoms, and Quality of Life. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 397–405. <https://doi.org/10.1002/erv.2534>
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 293-300.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

- Saboya, C., Arasaki, C. H., Matos, D., & Lopes-Filho, G. J. (2012). Relationship Between the Preoperative Body Mass Index and the Resolution of Metabolic Syndrome Following Roux-en-Y Gastric Bypass. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 10(4), 292–296. <https://doi.org/10.1089/met.2012.0014>
- Sánchez-Castillo, C. P., Pichardo-Ontiveros, E., & López-R, P. (2004). *Epidemiología de la obesidad* (Vol. 140). Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>
- Schlottmann, F., Nayyar, A., Herbella, F. A. M., & Patti, M. G. (2018). Preoperative Evaluation in Bariatric Surgery. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8), 925–929. <https://doi.org/10.1089/lap.2018.0391>
- Sheets, C., Peat, C., Berg, K., White, E., Bocchieri-Ricciardi, L., Chen, E., & Mitchell, J. (2015). Post-Operative Psychosocial Predictors of Outcome in Bariatric Surgery, 25(2), 330–345. <https://doi.org/10.17756/jrds.2015-005>
- Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M. del C., Salazar-Coronel, A. A., & Shamah-Levy, T. (2018). *Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos*. *Salud Pública de México* (Vol. 60). [Secretaría de Salubridad y Asistencia]. Retrieved from <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8822/11511>
- Valdés-Moreno, M. I., Rodríguez-Márquez, M. C., Cervantes-Navarrete, J. J., Camarena, B., de Gortari, P., Valdés-Moreno, M. I., ... Gortari, P. de. (2016). Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. *Salud Mental*, 39(6), 295–302. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.034>
- Viguria Padilla, F., & Miján De La Torre, A. (2006). La pica: Retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutricion Hospitalaria*, 21(5), 557–566. [https://doi.org/10.1016/S0959-6380\(99\)80010-5](https://doi.org/10.1016/S0959-6380(99)80010-5)
- Waters, G. S., Pories, W. J., Swanson, M. S., Meelheim, H. D., Flickinger, E. G., & May, H. J. (1991). Long-term studies of mental health after the Greenville gastric bypass operation for morbid obesity. *American Journal of Surgery*,

161(1), 154–157; discussion 157-8. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987850>

White, M. A., Kalarchian, M. A., Masheb, R. M., Marcus, M. D., & Grilo, C. M. (2011).

Loss of Control over Eating Predicts Outcomes in Bariatric Surgery: A
Prospective 24-Month Follow-up Study. *J Clin Psychiatry*, 71(2), 175–184.

<https://doi.org/10.4088/JCP.08m04328blu>