

## Programa de intervención psicológica para el manejo de los atracones en pacientes con cirugía bariátrica

Blanca P. Ríos Martínez\*, Luis G. Pedraza Moctezuma\*\*

\*Psicóloga y psicoterapeuta del Hospital Ángeles del Pedregal

\*\* Médico del Hospital Ángeles Pedregal

E-mail: blanca\_rios@hotmail.com

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00910>

Recepción: 06-Noviembre-2022

Aceptación: Junio-2023

Publicación online: N° Mayo 2023

### Resumen

El objetivo del presente artículo es poder proporcionar a los profesionales de la salud una herramienta para el manejo de los “mini-atracones” en los pacientes después de la cirugía bariátrica (CB) y ayudarles a tener un mejor control de sus sobreingestas. Se introduce los diversos métodos para el manejo de la obesidad y se incluye la intervención psicológica que esta continúa por 5 sesiones que se distribuyen en una sesión al mes, con materiales, actividades en casa y videos, y que por medio de técnicas cognitivo-conductuales, Mindful eating y Psicoeducación podemos lograr que el paciente tenga mayor conciencia al comer y evitar la sobreingesta para evitar una reganancia de peso. Cada sesión tiene diversas actividades durante la sesión así como en casa, tales como el

auto-monitoreo de sus alimentos, el control de estímulos, las metas SMART, se trabaja con diversos materiales educativos bariátricos, así como temas sobre aspectos de lo que es el hambre fisiológica vs el hambre emocional y los tipos de comedores, las situaciones emocionales que lo conducen a comer y donde cada paciente pueda identificar los factores asociados a sus mini-atracones.

### Palabras clave:

- Cirugía bariátrica
- Psicología bariátrica
- Manga gástrica
- Bypass gástrico
- Trastorno por atracón

## Psychological intervention program for the management of binge eating in patients with bariatric surgery

### Abstract

The objective of this article is to be able to provide health professionals with a tool for managing mini binge eating in post-bariatric surgery (BS) patients and help them have better control of their excess intake. The various methods for the management of obesity are introduced and the psychological intervention is included, which is made up of 5 sessions that are distributed in one session per month, with materials, activities at home and videos and that through cognitive-behavioral techniques and Psychoeducation we can make the patient more aware when eating and avoid overeating to avoid weight regain. Each session has various activities during the session as well as at home, such as self-monitoring of their

food, stimulus control, SMART goals, working with various bariatric educational materials, as well as topics on aspects of what is the physiological hunger vs emotional hunger or the types of eaters, the emotional situations that lead to eating and where each patient can identify the factors associated with their binge eating.

### Keywords:

- Bariatric surgery
- Bariatric psychology
- Gastric sleeve
- Gastric bypass
- Binge eating disorder

## Introducción

El sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Debido al incremento en su frecuencia y al gran avance sobre su tratamiento, existe una adecuada efectividad en la pérdida de peso mediante diversas técnicas quirúrgicas descritas en la bibliografía; sin embargo, hay que tomar en cuenta que debe existir una correcta selección de pacientes para ofrecerles un apropiado tratamiento quirúrgico, sin olvidar lo esencial que es la modificación en el estilo de vida para obtener resultados adecuados, sin olvidar el manejo posquirúrgico con un equipo multidisciplinario<sup>1</sup>.

Y es sabido que los trastornos por atracón están asociados a la obesidad, y cuando un paciente se somete a una Cirugía bariátrica (CB) es necesario darle un adecuado manejo antes y después de la intervención quirúrgica para que el paciente logre el cambio de hábitos y no tenga riesgos, como la reganancia de peso, ya que el comer en exceso puede causarle complicaciones médicas y psicológicas que pueden ser desde leves hasta graves<sup>2</sup>.

### Trastorno por atracón:

El trastorno por atracón (TPA) se conoce desde el siglo XX en estrecha relación con la bulimia nerviosa (BN), y hace aparición en el contexto de la obesidad, a los ojos de una cultura en la que la imagen y la delgadez hacen ver dichas situaciones corporales como algo más que censurable. Como un antecedente temprano en la temática, podemos citar las observaciones de Hamburger (citado en Lladós & Sábado, 2011), quien en 1951 identificó en una muestra de obesos un tipo de hiperfagia que se singularizaba por deseos compulsivos por la comida.

Stunkard, AJ (1959) señala que a través de observaciones con pacientes con obesidad, quien emplea concretamente el término atracón «binge», para definir el tipo de sobreingesta que creía caracterizaba a esta población concreta, estableciendo la primera vinculación entre la obesidad y lo que sería el futuro TPA.

En la actualidad disponemos de excelentes tratamientos de base desarrollados para la BN, que han sido adaptados a este trastorno, como el tratamiento cognitivo conductual (TCC), que parece ofrecer resultados muy positivos<sup>2</sup>.

El TPA se caracteriza, como su nombre indica, por un estilo de alimentación fundamentado por el comportamiento compulsivo a través de atracones, donde la característica

principal es la pérdida de control sobre lo que se come<sup>3</sup>. Pero ¿qué entendemos por comer de manera compulsiva? Este concepto no se refiere a una casual y simple ruptura del patrón alimentario del sujeto. Este trastorno se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno<sup>4</sup>. Fairburn (1998) concreta los rasgos que caracterizan un verdadero episodio de atracón, siendo estos: la importante cantidad de alimentos ingeridos en un determinado tiempo, así como el sentimiento de pérdida de control.

En la actualidad ya se consideran los criterios diagnósticos propuestos para el TPA en el DSM-V-TR, en el que se especifica que el episodio no se asocia a la presencia recurrente de una conducta compensatoria inadecuada, frente al subtipo de BN no purgativa, que sí contempla el uso de medidas compensatorias alternativas no purgativas, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo.

Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM V-TR<sup>4</sup> son:

Episodios recurrentes de atracones que se asocian a tres o (más) de los siguientes hechos:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere
- Sentirse a disgusto con el mismo, deprimido o avergonzado.
- Malestar intenso respecto a los atracones.
- Los atracones, se producen de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- No se asocia a ningún otro padecimiento.

Aparte de los criterios antes mencionados se determina la frecuencia de atracones a la semana y son:

- 1-3 leve
- 4-7 moderado
- 8-13 severo
- 14 o más extremo

### Tratamientos:

#### 1. Tratamiento farmacológico

Más recientemente Compés, Bretón, Cambor y García (2012)

recogen la evidencia de una moderada efectividad de los fármacos; entre ellos encontramos la fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram, imipramina, sibutramina (retirada del mercado por sus efectos adversos) y el topiramato (este último, un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, que tiene efectos en la disminución del apetito y que ha llegado a usarse en el tratamiento de la obesidad, en el TPA y en la BN, al parecer con buenos resultados). Si bien refieren estos autores, la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico parecen disminuir la frecuencia y gravedad de los atracones, a pesar de no presentar efectos importantes sobre el peso corporal, sin embargo, fármacos como la sibutramina (anorexígeno empleado para tratar la obesidad), el topiramato, la zonisamida y el orlistat, sí parecen mostrar resultados positivos en ambos aspectos, en función de los diferentes estudios que refieren.

Entre los fármacos que parecen ser prometedores tanto en la reducción de la frecuencia de los atracones como en la disminución del peso, encontramos el topiramato o la sibutramina, sin embargo, sus efectos secundarios, nada despreciables, hacen necesarios más estudios de replicación de los hallazgos encontrados (al tiempo que contemplar nuevos medicamentos en la búsqueda de la pérdida de peso)<sup>5</sup>.

No hay evidencias consistentes por el momento, que observen que la TCC y los fármacos antidepresivos muestren una mayor eficacia frente a la TCC aplicada de forma exclusiva, sin embargo los resultados positivos de los mismos en la disminución de la frecuencia de atracones o pérdida de peso (orlistat ---fármaco para tratar la obesidad---), hace contemplar de forma optimista su combinación con la TCC en un tratamiento escalonado para abordar el TPA<sup>2</sup>.

## 2. Tratamientos psicoterapéuticos.

**a) Terapia cognitivo conductual (TCC).** La amplia experiencia que ofrecen psiquiatras, psicoterapeutas e investigadores a día de hoy, detalla los beneficios que la TCC evidencia sobre los pacientes que sufren TPA.

Este tratamiento se diseñó originariamente para afrontar trastornos como la BN, y actualmente, se ha tratado de adaptar esta modalidad de psicoterapia más a corto plazo y que parece de sencilla aplicación a aquellos sujetos que sufren TPA. En este sentido Fairburn (1998) acoge técnicas de la terapia cognitiva para la depresión y estrategias conductuales que se estaban aplicando para el tratamiento

de la obesidad. Este tratamiento pretende superar el problema de las ingestas compulsivas de manera progresiva, planificada y estructurada mediante el empleo de técnicas cognitivo-conductuales y educativas<sup>2</sup>.

La TCC en formato de autoayuda, podría tener un papel primordial como forma de tratamiento mucho más accesible, no solo para las personas con problemas de ingesta compulsiva, como la BN, sino para aquellas que sufren TPA y a un elemento de vergüenza que llevan aparejados los atracones, impidiendo a los afectados acudir a consulta en busca de ayuda. Un dato importante al respecto es, que a día de hoy, este formato de autoayuda, que adopta diferentes niveles, parece estar aplicándose a través de Internet (vía online) y está obteniendo resultados muy positivos, aunque discretos por el momento en pacientes con TPA. No podemos obviar, que a pesar de que pacientes con problemas de ingestas compulsivas sí parecen responder a este tipo de tratamientos en su forma más simple, como el psicoeducativo.

De ahí la iniciativa de un programa de tratamiento escalonado, que a razón de la insuficiente cobertura e ineficacia de un primer nivel (la autoayuda debiera contemplarse como la primera opción elegida para abordarlo), da opción al sujeto a adoptar cuatro niveles alternativos de tratamiento, cada cual más completo e intensivo en función del caso particular<sup>2</sup>.

Estos niveles serían:

- El primer nivel contempla la autoayuda (aquí no cuenta con supervisión profesional).
- El segundo nivel establece la autoayuda guiada (que cuenta con supervisión profesional, no requiriendo una especialización).
- El tercer nivel comprende la terapia cognitiva conductual íntegra en su formato individual (aquí es prioritaria la atención de un especialista).
- El cuarto nivel comprende varias alternativas de acción en el caso de que los tratamientos establecidos en niveles previos no den resultado, entre ellas: la terapia interpersonal (una de las formas de psicoterapia focal más exploradas e investigadas), los antidepresivos y la hospitalización parcial o completa.

La posible existencia de un curso variable en la evolución del TPA, que a menudo suele remitir sin atención específica o durante el tiempo de espera del paciente para ser atendidos, apoya que la aplicación de un tratamiento escalonado y de autoayuda, sea prometedor en el abordaje adecuado de este

tipo de trastornos.

La TCC ofrece resultados de mejora, entre otros aspectos, no solo en la disminución de la frecuencia de atracones y tasas de remisión frente al no tratamiento, sino también en aspectos como la autoestima y el ajuste social, estos resultados positivos de mejora son muy similares a los encontrados en la aplicación de la terapia interpersonal (TIP). En este sentido aún queda bastante por investigar, teniendo presente que se están perfeccionando y afinando los diferentes instrumentos que permitan detectar y evaluar en mayor medida a este tipo de pacientes.

La elección final vendría determinada en mayor medida no solo por las prioridades del sujeto, sino también, por sus inclinaciones o disponibilidad de recursos<sup>2</sup>.

**b) Terapia interpersonal.** Como hemos mencionado previamente una forma de psicoterapia focal que parece ser adecuada para encarar de forma eficaz el TPA es la terapia interpersonal, diseñada en sus orígenes para tratar la depresión.

Con la TIP se trabajan los aspectos emocionales asociados a las relaciones interpersonales, los cuales pueden estar fuertemente implicados en la etiología del comportamiento alimentario alterado. Estudios comparativos actuales entre la TIP y la TCC<sup>6,7</sup>, han mostrado resultados muy similares en cuanto a la reducción de la tasa de atracones de forma significativa, a pesar de que el mantenimiento a largo plazo de estos resultados tan optimistas aún sigue siendo objeto de una mayor investigación. No por ello podemos negar la evidencia de que ambos tratamientos han sido considerados, por el momento, los más eficaces para abordar este trastorno

**c) Terapia dialéctica conductual.** Según Pérez (2011) una de las intervenciones psicoterapéuticas en las que la atención plena o «mindfulness» se emplea de forma activa, y que al parecer ha demostrado su eficacia respecto al trastorno por atracón es la terapia dialéctica conductual, adaptada a este trastorno. Esta terapia parece mostrar tímidamente resultados muy positivos y prometedores de cara al tratamiento del TPA<sup>8</sup>.

Pérez (2011), aboga de manera decidida por el empleo de este tipo de técnicas. Recoge la idea de la existencia de estudios científicos que avalan este tipo de intervenciones terapéuticas, por ejemplo, la terapia dialéctica conductual adaptada para el TPA y la BN.

En un principio esta terapia se desarrolló para abordar el trastorno límite de la personalidad, pero ha llegado a modificarse con éxito para el TPA.

**d) Desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR).** La técnica de desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares, conocida como EMDR, es considerada a día de hoy como un enfoque psicoterapéutico integral, y se ha utilizado en el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario, fundamentalmente en los aspectos relativos a la imagen corporal<sup>9</sup>.

### **3. Trastorno por atracón y obesidad.**

El TPA, parece agravar el pronóstico de un cuadro de obesidad simple en su primer desarrollo. El porcentaje de alteraciones psicopatológicas que trae aparejado el TPA, especialmente los trastornos afectivos, hacen que un paciente con TPA y obesidad presente en mayor medida un peor pronóstico en su desarrollo, frente al sujeto obeso sin TPA. En este sentido, una persona que sufre de TPA y obesidad acarrea al mismo tiempo el desarrollo de una obesidad más temprana, puntuaciones más altas en escalas de insatisfacción corporal, unida a una mayor preocupación por el peso y la figura corporal, sentimientos de pérdida de control asociado al episodio, ausente en los pacientes que viven con obesidad sin TPA, así como el inicio más temprano en la realización de dietas, entre otros.

Lladós y Sábado (2011) recogen la idea de que en la relación entre TPA y obesidad aún hay controversias, acerca de si este deber ser visto y entendido como precedente, consecuente o comórbido a la obesidad (aunque la dirección entre ambas parece ser bidireccional, las posturas están encontradas). En este sentido Fairburn (1998) recoge varias alternativas posibles: que los episodios de ingesta compulsiva pueden ayudar a desarrollar una futura obesidad, que una persona con obesidad (con predisposición al sobrepeso genéticamente) puede desarrollar, a raíz de la práctica de una dieta restrictiva, episodios de atracón, y por último que estos episodios de atracón serían elementos a tener en cuenta en el mantenimiento y peor pronóstico en el desarrollo de la obesidad.

Actualmente la Cirugía Bariátrica es una buena elección para la pérdida de peso, sin embargo, los TPA deben ser controlados antes y después de la CB, ya que puede conducir al paciente, principalmente a la reganancia de peso, ya que

por la impulsividad y voracidad que presentan los lleva a tener “mini-atracones”.

El objetivo de éste plan de intervención psicológica es poder tener un mejor control de las TPA o “mini-atracones” en **pacientes con Cirugía Bariátrica** y excluye todo trastorno

de conducta alimentaria.

Esta intervención psicológica consiste en diversas actividades definidas en cada sesión y con estrategias de TCC, Mindfulness y Psicoeducación (Tabla 1).

Número de sesión	Tiempo de la intervención	Actividad a realizar	Tipo de Intervención	Material
<b>Sesión 1</b> Preparación Pre CB	<b>Pre- CB</b> Mínimo: 15 días Máximo un mes antes de la CB	Explicación de la Obesidad y co-morbilidades. Explicación de los tipos de CB (bypass y manga gástrica). Indagar hábitos alimentarios específicos Evaluar los criterios diagnósticos del TPA (DSMV) En caso de ser necesario, incluir a la familia	Psico-educación	Manual con las enfermedades asociadas a la Obesidad. Uso de estómagos de fieltro y hoja de evaluación
<b>Sesión 2</b> Adaptación a los líquidos y papillas	<b>Post-CB</b> 15 días después de iniciar o de la CB.	Enseñarle las cantidades adecuadas para su papilla y forma de comer Explicación del hambre física y emocional	Psico-educación	Tupers educativos con cantidades ideales, utensilios pequeños y shaker motivacional
<b>Sesión 3</b> Recuperación de ingestión de alimentos sólidos	<b>Post-CB al mes</b>	Enseñarle a conocer la comida con los 5 sentidos Automonitoreo y solución de conflictos En caso de ser necesario involucrar a la familia Video de Mindful eating	Psico-educación, Mindfulness y TCC	Platos bariátricos y cubiertos pequeños Lista de recomendaciones para comer
<b>Sesión 4</b> Logro de metas en menores porciones	<b>Post-CB a los 2 meses</b>	Manejo del control de estímulos y metas SMART Manejo del estrés Reestructuración cognitiva	Psico-educación y TCC	Hacer metas y control de estímulos por escrito
<b>Sesión 5</b> Supervisión y adaptación a nueva etapa de alimentación	<b>Post-CB a los 4, 6 y 8 meses máximo un año y medio</b>	Comida en restaurantes, reuniones o bufet Supervisión del cambio de hábitos Alerta a métodos de control de recaídas	Psico-educación	Re-hacer metas en caso de ser necesario por escrito

**Tabla 1.** Actividades del programa de intervención por sesión.

## 7. Programa de intervención

**Objetivo general:** El paciente tendrá herramientas para poder manejar el TPA o “mini-atracones” post-CB

### **Sesión 1: Preparación Pre**

**Objetivos específicos:**

**El paciente:**

- Aprenderá que la obesidad es una enfermedad que está asociada a diversas co-morbilidades
- Conocerá claramente el tipo de cirugía a la cual se va a someter con sus pros y contras

Existen muchos aspectos a evaluar en las entrevista iniciales pre-CB, pero en éstos apartados nos enfocaremos a la evaluación de los TPA que es el programa de intervención para prevenir los “mini atracones”.

En ésta entrevista inicial se debe explicar al paciente el tipo de CB a la que será sometido.

Dichos procedimientos son explicados con los pacientes

por medio de los estómagos de fieltro para que tenga con claridad el tipo de cirugía y la capacidad en la que queda su estómago.

Por otro lado se indaga acerca de los hábitos alimentarios, principalmente:

a) Entorno familiar (de origen y nuclear), sabemos que una fuente importante de aprendizaje es la familia, que son personas que tienen influencia sobre el obeso. Los hábitos y costumbres alimenticias de este entorno son aprendidos en la infancia, la niñez, la adolescencia, y hasta en la edad adulta, cuando ejercen una fuerte influencia en las preferencias alimentarias de los sujetos con obesidad.

Por lo que se debe evaluar si existen antecedentes de obesidad en su familia, aprendizaje con recompensas y castigos por medio de la comida en la infancia, simbolismos de los alimentos, creencias culturales y religiosas, opinión de la familia o de la pareja ante la decisión de operarse, apoyo

emocional y económico, dinámica y tipo de familia que pudiera promover los saboteos posquirúrgicos<sup>10</sup>.

b) Estilo de vida e historia de los hábitos de alimentación, qué come y cómo se comporta durante sus vacaciones o días poco habituales, si come ante situaciones de estrés o tiene una actividad con intenso estrés que lo conduce a comer a diversas horas del día o en horarios irregulares; qué hace cuando tiene viajes de trabajo y cómo maneja los alimentos y ante situaciones laborales (negocios frecuentes en restaurantes, eventos sociales, etc.), capacidad para el manejo del estrés, cuántas comidas tiene al día, identificar si tiene conciencia de lo que come (que generalmente no la hay), cuánto tiempo tarda en comer, identificar qué tipo de alimentos prefiere y en qué momento, si come rápidamente; si come cuándo no tiene hambre, si bebe grandes cantidades de líquido calórico (aguas endulzadas y/o alcohol)<sup>11</sup>. Por ejemplo: si un paciente cena pollo es importante saber cuál

es la marca, cómo lo prepara, lo cual nos da información de sus hábitos insanos, cuál es la porción que se sirve, situación que generalmente el paciente oculta o niega<sup>12</sup> o no tiene conciencia al respecto o alguien más le sirve de comer y en ésta actividad es importante identificar también sus emociones desde el momento de la preparación de sus alimentos.

También debemos evaluar las conductas de alimentación del paciente y con qué frecuencia las realiza, se han descrito las siguientes: a) picotear y comer en la cocina mientras está de pie, b) comer mientras cocina o prepara algún alimento, c) comer rápidamente, d) comer cuando no tiene hambre, e) comer grandes cantidades de comida durante la noche, f) beber bebidas carbonatadas, g) beber grandes cantidades de líquidos calóricos, h) beber al menos ocho vasos de agua al día, i) tomar suplementos vitamínicos y minerales<sup>11-12</sup>.

c) Tipos de comedores (Tabla 2):

TIPO DE COMEDOR	DESCRIPCION
Emocional	Persona que ante situaciones de estrés o una situación que involucre alguna emoción come y que generalmente es un carbohidrato.
De dulces	Persona que generalmente come dulces tipo galletas o chocolates , etc.. entre comidas.
De salado	Persona que come entre comidas alimentos salados tipo papas, cacahuates, chile piquin, etc...
Picador	Paciente que come alimentos en pequeñas porciones durante el día o entre comidas o en algún horario espeacial.
Compulsivo (trastorno por atracón)	Paciente que come rápidamente, grandes cantidades de comida en poco tiempo sin tener hambre y que puede clasificarse en: leve (de 1 a 3 atracones a la semana), moderada (de 4 a 7), severa de 8-13 atracones a la semana) o extremo ( de 14 o más atracones a la semana). Ver más detalles en los criterios diagnósticos del DSMV-TR4.
Comedor nocturno	Persona que presenta anorexia matutina, y en la noche o madrugada tiene grandes ingestas.
Desordenado	Paciente que generalmente no cumple con horarios fijos de sus comidas diarias, ni colaciones.
De comida rápida	Paciente que generalmente su comida diaria es "chatarra", que es con abundante grasa y carbohidratos.

**Tabla 2.** Descripción de los tipos de comedores que presentan los pacientes que viven con obesidad.

*Adaptación de Mtra. en Psic. Blanca P. Ríos M. Agradezco la colaboración para ésta clasificación a Psic. Diana Pérez Carbajal, Hospital Ángeles Tijuana, México (Ríos et al, 2010).*

d) Evaluación del la frecuencia y grado del TPA de acuerdo a los criterios del DSM V-TR<sup>4</sup>.

e) En caso de ser necesario, incluir a la familia y/o pareja.

## Sesión 2: Adaptación a los líquidos y papillas.

### Objetivos específicos:

#### El paciente:

- Comprenderá la importancia de continuar con alimento tipo semi-sólido (papillas).

- Entenderá la inportancia de la reducción de las raciones.
- Conocerá las diferencias entre hambre física y hambre emocional.

El paciente se presenta 15 días después de la CB y después de haber estado 15 días con líquidos, pasa a la fase de papillas, en donde empieza a tener más contacto con el alimento post CB.

En ésta sesión se le mostrará la diferencia entre hambre física y emocional, criterios que aparecen en la Tabla 3<sup>10</sup>.

HAMBRE FISIOLÓGICA	HAMBRE EMOCIONAL
Se desarrolla lentamente	Rápida
Es más paciente, y espera a ser satisfecha.	Necesita ser satisfecha inmediatamente
Elección y conciencia de la comida	No se da cuenta de cómo, cuanto o que se está comiendo.
Se da cuenta de la cantidad de alimento que va a consumir, pone altos al sentir satisfacción.	Demanda más alimento a pesar de estar lleno.
Abierta a diferentes tipos de comida	Ciertos tipos de alimentos: antojos.
No provoca culpa	Provoca culpa
Necesidad fisiológica	Resultado de una situación dolorosa <small>(Ríos et al., 2015)</small>

**Tabla 3.** Criterios para identificar el hambre física vs el hambre emocional<sup>10</sup>

### Sesión 3. Recuperación de ingestión de alimentos sólidos

Objetivos específicos:

El paciente:

- Aprenderá técnicas de mindfulness para tener una “atención plena”, en retomar sus alimentos sólidos.
- Aprenderá y comprenderá la importancia del automonitoreo, como herramienta que le permitirá tener mayor conciencia en su alimentación.
- Entenderá la importancia de la familia en su proceso de pérdida de peso.

a) Debemos mostrarle la manera y cantidades que debe comer, por medio del kit bariátrico como shaker, taza medidora, tupper de 120 y 210 ml, platos de 15 y 23 cm y cubiertos bariátricos (Marca registrada en <http://www.estilodevida.center>) (Figs de 1-6).

Figura 1. Skaker Bariátrico



Figura 2. Taza medidora



Figura 3. Tupper de 120 y 210 ml.



Figura 4. Platos bariátricos

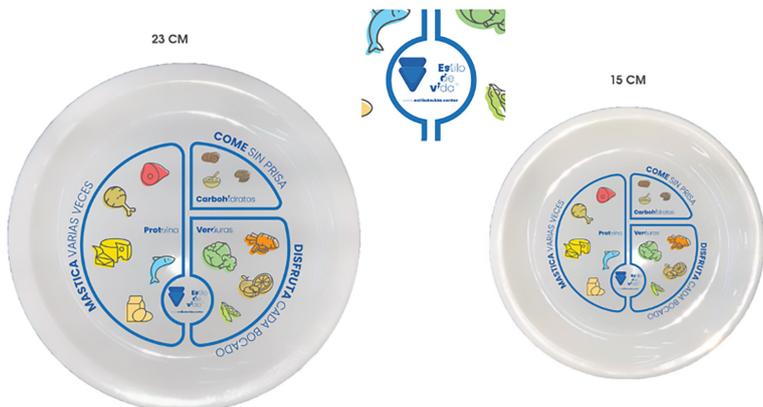


Figura 5. Cubiertos bariátricos



b) Automonitoreo diario. Se organiza junto con el paciente diversas actividades en relación a su ingesta “nueva”, en donde cada semana debe reportar si llevo a cabo o no dicha actividad.

Esto ayudará al paciente a identificar detonadores que lo conducen a comer, así como la ausencia de alguna actividad

importante dentro de su estilo de vida y enfocándonos básicamente a los atracones<sup>13</sup>.

En la tabla 4 se describe un ejemplo de “mini atracones” que presenta un paciente con cirugía bariátrica a los 4 meses de la intervención.

DIA	HORA	LUGAR	ALIMENTO	ACTIVIDAD	SENTIMIENTO	PENSAMIENTO
29 oct 22	8.30 am	Mi casa	Desayuno un 1/2 huevo con jamon y una pequeña porción de pan	Sentado en la cocina	Estresado porque ya era tarde	Que mi jefe me podía regañar por llegar tarde.
29 oct 22	10:30 am	oficina	Colación 3 galletas	En la sala de descanso	Sensación de querer vomitar por las galletas que comí	Pensando todo lo que debo hacer en el día.
29 oct 22	14:00	oficina	¼ de carne asada con dos pedazos de papa, dos cucharaditas de pastel de chocolate.			
Me tome una cerveza también.	En un restaurante cerca de la oficina con compañeros de trabajo.	Contento porque esta rica la comida y estoy con mis amigos.	Creo que comí demás y me siento muy lleno y con sueño.			
29 oct 22	16:00	oficina	½ muffin de los que hay en la sala de descanso	Trabajando en varios pendientes de mi jefe	Cansado y aburrido	Ya me quiero ir a casa, pero aun falta una hora y tengo mucho trabajo
29 oct 22	17:00	oficina	Unos chicles con 3 galletas	Acabando rápidamente pero no le veo fin al día	Muy cansado y con ganas de irme a casa	Creo no terminaré a tiempo para irme pero me siento muy inflamada por los chicles.
29 oct 22	19:00	casa	½ hamburguesa porque tenía mucha hambre y un refresco.	En mi sillón viendo la TV	Agradable porque estoy a gusto en casa.	Mañana tendré un día intenso porque aún me faltó mucho por terminar.

**Tabla 4.** Ejemplo de un automonitoreo de un paciente con obesidad y CB con “mini atracones”<sup>13</sup>.

En éste ejemplo podemos resaltar que el paciente vive intenso estrés en su trabajo y que a pesar de haberse dado cuenta que comió mucho a la hora de la comida, llega y cena ½ hamburguesa frente a la TV, comiendo de manera automática y sin tener atención plena a lo que come y las sensaciones que le genera el alimento. Y que en general, no come frente a una mesa y eso disminuye la atención plena al

alimento, lo cual puede provocar que tenga “mini-atracones” sin darse realmente cuenta, aunado a que toma líquido durante la comida y su consumo es alto después de la CB. En éste caso debemos ayudarlo a tener mayor conciencia de sus alimentos, no comer frente a distractores como la TV, periódico, etc., también que aprenda a racionar más sus alimentos y no incluir líquidos durante sus ingestas.

c) Mindfulness, que significa “atención plena” o “consciencia plena”, es originario del Budismo se refiere a un estado de consciencia plena, de aceptación y de actitud de apertura, llevado a todos los elementos psicológicos, fisiológicos y conductuales que rodean la experiencia<sup>14</sup>.

Las intervenciones basadas en la atención plena y compasión, solas o combinadas con otras estrategias tradicionales de pérdida de peso, ofrecen un enfoque holístico que permite la mejora del estado de salud de las personas a un plazo más largo<sup>14</sup>.

Video de Mindful eating:<sup>14</sup>

d) Solución de conflictos, es una estrategia de la TCC en donde se le ayuda al paciente a identificar algún problema en relación a sus atracones y tratar de ver algunas alternativas para evitarlo o detectar cuales son los detonadores asociados<sup>13</sup>.

Los pasos a seguir son:

- Definir el problema
- Generar alternativas (pros y contras por escrito)
- Tomar decisiones
- Hacer un plan de acción
- Implementar y verificar

#### **Sesión 4. Logro de metas en menores porciones**

##### **Objetivos específicos:**

##### **El paciente:**

- Conocerá la estrategia del control de estímulos que le ayudará a identificar situaciones de riesgo que los conducen a comer mayor cantidad de alimento.
- Aprenderá a hacer metas SMART, que son metas cortas y alcanzables para disminuir su ingesta, en caso de presentarse los mini- atracones
- Aplicará técnicas de relajación ante situaciones de estrés que lo conducen a comer.
- Trabaja con la técnica de Reestructuración cognitiva para entender de una manera más racional las causas de su mayor ingesta<sup>14</sup>.

A) Se trabaja con otra estrategia para el **control de estímulos**, en donde se hace una lista para evitar comer o comprar demás y evitar los atracones.

Ejemplos de control de estímulos:

- Hacer una lista para ir al super y comprar únicamente lo necesario
- Pedir el super online y se compra solo lo necesario

- Evitar ir a comprar alimentos con hambre
- Comer frente a la mesa y no frente al TV o periódico o tablet...
- Usar platos y cubiertos pequeños (infantiles)
- Tener siempre a la vista la ropa deportiva
- Levantarse de la mesa al terminar de comer
- No dejar comida en la mesa o botana
- Comer algo ligero antes de ir a una fiesta o cena
- Evitar el consumo excesivo de alcohol, definir una medida específica, por ejemplo solo una copa de vino tinto en una reunión.
- Evitar ayunos o lapsos prolongados sin alimentos.

B) **Manejo de estrés.** Técnica de la TCC en donde se le enseña al paciente a relajarse ante situaciones de estrés y que son frecuentemente detonadores para los atracones.

Entre ellos podemos sugerir<sup>13</sup>.

- Relajación muscular progresiva
- Respiración diafragmática
- Relajación autógena
- Visualización
- Estrategias positivas de afrontamiento
- La lectura
- Masaje
- Hidroterapia
- Ejercicio (Yoga, Taichi)
- Musicoterapia
- Bioretroalimentación
- Aromaterapia

C) Otra estrategia que puede usarse son las **metas SMART** (por sus siglas en ingles

**Specific, Measurable, Attainable, Realistic & Timely=** Específica, Medible, Alcanzables, Relevante y con Tiempo) donde se hace un plan de acción de un evento de atracón y se determinan metas cortas y alcanzables<sup>13</sup>.

En la Tabla 5, podemos ver un ejemplo de metas SMART con una paciente femenina con obesidad y tiene un IMC de 45, que come 10 galletas diarias, que presenta dolor de rodillas por su peso. Se le ayuda a crear sus metas breves y alcanzables para reducir esta ingesta y mejorar sus dolores corporales. Aunado a que aprenda a comer en menores raciones.

<b>S</b>	<p style="text-align: center;"><b>Específica (Specific)</b></p> <p>T = Vamos a valorar que significa para ti comer menos galletas                  P = Comer solo 5 raciones en vez de 10</p>
<b>M</b>	<p style="text-align: center;"><b>Medible (Measurable)</b></p> <p>T = ¿Comes galletas diario, qué días te gustaría comerlas?                  P = Lunes, miércoles y viernes</p>
<b>A</b>	<p style="text-align: center;"><b>Alcanzable (Achievable)</b></p> <p>T = En una escala del 1 al 10, que tan probable es que puedas lograrlo?                  P = un 7 de probabilidad</p>
<b>R</b>	<p style="text-align: center;"><b>Relevante (Relevant)</b></p> <p>T = ¿Porque crees que sea necesario reducir tu consumo de galletas?                  P = Quizá porque me reduciría el dolor de rodillas y tobillos y además bajaría de peso</p>
<b>T</b>	<p style="text-align: center;"><b>Tiempo (Time)</b></p> <p>T = Cuando crees que podrías empezar con este cambio?                  P = El lunes próximo</p>

**Tabla 5.** Ejemplo de Metas SMART

M=médico/P=paciente

## Sesión 5. Supervisión y adaptación a nueva etapa de alimentación

### Objetivo específico:

#### El paciente:

- Tendrá técnicas para controlar sus ingesta en lugares públicos, tipo restaurantes, bufet, reuniones, etc.
  - Conocerá los factores de riesgo de recaídas
- a) Se supervisa aprox cada mes con que frecuencia se puedan presentar “mini atracones”, en éste momento puede tener mayor ingesta de alimentos por lo que es importante monitorearlo por lo menos un año después de la CB.
- b) Plan de prevención de recaídas. Se pretende monitorear en caso de que haya detonadores emocionales que pueda llevar al paciente a una recaída e iniciar nuevamente con los atracones, que lo conducirán a la reganancia de peso.

#### Conclusiones:

El TPA es un nuevo trastorno de comportamiento alimentario reconocido como tal por las clasificaciones internacionales, como el DSM-5- TR, sobre dicho trastorno existen datos de diversas investigaciones que nos aportan información sobre su perfil psicopatológico, pero todavía muy limitados y excesivamente relacionadas con el componente compulsivo de la BN. Con la concreción de sus criterios diagnósticos es

previsible un mayor conocimiento del mismo, así como una mejora del diagnóstico diferencial. El TPA se caracteriza por episodios de descontrol alimentario, donde el sujeto ingiere una cantidad ingente de calorías con una sensación de pérdida del control, sin realizar posteriormente ninguna conducta compensatoria. La falta de control en el episodio de atracción es, quizá, la característica singular de este trastorno alimentario, así como la ausencia, en muchos casos, de un periodo previo restrictivo, lo cual le aleja de lo que suele aparecer en AN y BN. Existen diversas técnicas evaluativas, incluidos test específicos en el mundo anglosajón, que permiten establecer perfiles y puntos de corte diagnóstico, aunque la mayoría de ellas se realizaron cuando el trastorno no era reconocido como tal y con criterios diagnósticos diferentes a los actuales, por lo cual deberían revisarse. La mayoría de las técnicas han sido diseñadas para población anglosajona y existen pocas traducciones y adaptaciones a población hispanohablante. El estado actual del TPA observa un panorama optimista en cuanto abordaje terapéutico se refiere, a pesar de la novedad del trastorno, y la evidente escasez de estudios existentes frente a la AN y BN. Se dispone de datos sobre la eficacia parcial del tratamiento psicofarmacológico, y de aceptables niveles de recuperación con terapia cognitivo conductual, la cual puede aplicarse en diferentes modalidades. La terapia interpersonal también parece ofrecer buenas perspectivas terapéuticas. Como líneas futuras de investigación se sugiere:

- a) Elaborar pruebas de evaluación y diagnósticas adaptadas a población no anglosajona.
- b) Depurar la eficacia de las diferentes modalidades de aplicación de la TCC.
- c) Analizar si los tratamientos existentes son más eficaces en aplicación combinada.
- d) Estudiar más ampliamente la comorbilidad del TPA y la obesidad, para plantear acciones preventivas y de tratamiento más eficaces en estas situaciones.

Las guías recomiendan una evaluación multidisciplinaria en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica para identificar los factores potenciales que podrias comprometer el resultado de la intervención.

## Referencias

1. Lim R., Blackburn G., Jones D. Benchmarking Best Practices in Weight Loss Surgery. *Curr Probl Surg* 2010; 47:79-174.
2. Cuadro E., Baile JI. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Rev Mex Tr Alim* 2015; 6,97-107.
3. Baile, JI. Trastorno por atracón, el nuevo trastorno del

comportamiento alimentario. *Rev Med Chile* 2014; 142, 138-139.

4. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5-TR.(6ª edición)* 2022.

5. Rubio, M. A. *Topiramato en el tratamiento a largo plazo del trastorno por atracón asociado a la obesidad. Rev Esp Obes* 2013; 7(6), 402-407.

6. Hilbert, A., Hildebrandt, T., Agras, W., Wilfley, D., Wilson, G. T. *Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. J of Consult Clin Psych* 2015; 83, 649-654.

7. Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., Wilfley, D. E. *Psychological treatments for binge eating disorder. Curr Psych Report* 2012; 14, 432-446.

8. Sánchez-Planell, L., Fernández-Valdés, R. *Trastorno por atracón y obesidad. Formación Continuada en Nutrición y obesidad* 2005; 5, 314-324.

9. Bloomgarden, A., Calogero, R. M. *A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. J Eat Disord* 2008; 16, 418-427. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10640260802370598>

10. Ríos B., (recopiladora). *E-Book: Manejo multidisciplinario del paciente con cirugía bariátrica y metabólica* 2016;(Editorial: IIECS). Disponible en: [www.blancarios.me](http://www.blancarios.me)

11. Sogg, S., Mori, DeAnna L. (2004). *The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. Obes Surg* 2004;14:370-380.

12. Fernández R. *Tesis de doctorado sobre el Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: Análisis de las diversas variables que pueden afectar a la pérdida de peso. Universitat de Valencia* 2009:

13. Wadden, et al. *A Two-Year Randomized Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. N Engl J Med* 2011; 365:1969-79.

14. O'Reilly, G., Cook, L., Spruijt-Metz, D., Black, D. (2014). *Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 453-461. Obtenido de: [https://www.researchgate.net/publication/260874119\\_Mindfulness-Based\\_Interventions\\_for\\_ObesityRelated\\_Eating\\_Behaviors\\_A\\_Literature\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/260874119_Mindfulness-Based_Interventions_for_ObesityRelated_Eating_Behaviors_A_Literature_Review)

©2023 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.

Todos los derechos reservados.

