



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**PREVALENCIA DEL SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN
ADULTOS CON OBESIDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA
NUTRICIONAL EN EL AMBULATORIO URBANO TIPO I LA MARA**

bdigital.ula.ve

Tutor. Msc. Herly Rodríguez

Co-tutor: Prof. Angel Villaroel

Autor. Nuverly Gutiérrez

C.I. 20.799.936

Noviembre del 2015



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MERIDA VENEZUELA

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**PREVALENCIA DEL SINDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ADULTOS CON
OBESIDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA NUTRICIONAL EN EL
AMBULATORIO URBANO TIPO I LA MARA**

**(Trabajo Especial de grado para optar por el título de Licenciada en Nutrición y
Dietética)**

bdigital.ula.ve

Tutor. Msc. Herly Rodríguez

Co-tutor: Prof. Angel Villaroel

Autor. Nuverly Gutiérrez

C.I. 20.799.936

Noviembre del 2015

Índice general

Índice general.....	iii
Índice de gráficos.....	iv
Índice de anexos.....	v
Resumen.....	vi
Introducción.....	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema.....	4
Objetivos.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos.....	5
Justificación.....	5
CAPITULO II.....	7
MARCO TEÓRICO.....	7
Antecedentes de la investigación.....	7
Bases teóricas.....	10
Obesidad.....	10
Clasificación de la obesidad.....	11
Trastornos de la Alimentación o Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	13
Clasificación de los TCA.....	14
Trastornos de Alimentación No Especificados (TANE).....	15
Trastorno del Comedor Nocturno (NES).....	16
Principales características del NES.....	19
Formula dietética para pacientes con obesidad.....	20
Variables.....	21
CAPÍTULO III.....	22

MARCO METODOLÓGICO.....	22
Nivel de investigación.....	22
Diseño de la investigación	23
Población y muestra.....	23
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
CAPITULO IV.....	27
RESULTADOS Y DISCUSION.....	27
CAPITULO V.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
Conclusiones.....	37
Recomendaciones.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	43

bdigital.ula.ve

Índice de gráficos

Gráfico 1 Distribución porcentual de la muestra, según tipo de obesidad.....	27
Gráfico 2. Pacientes con el síndrome del comedor nocturno según el género....	28

bdigital.ula.ve

Índice de anexos

Anexo 1. Cuestionario para el diagnóstico del síndrome del comedor nocturno.....	44
Anexo 2. Recordatorio de 24 horas.....	47
Anexo 3. Tabla 1. Distribución porcentual de la muestra, según tipo de obesidad.....	48
Anexo 4. Tabla 2. Pacientes con el síndrome del comedor nocturno según el género.....	49

bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ADULTOS CON OBESIDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA NUTRICIONAL EN EL AMBULATORIO URBANO TIPO I LA MARA

Tutor: Msc. Herly Rodríguez

Autor: Nuverly Gutiérrez

Noviembre, 2015

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria no específicos son los que predominan en el paciente obeso, el Síndrome del Comedor Nocturno es un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Específico, el cual permanece en estudio para considerarlo como un Trastorno de la Conducta Alimentaria incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales cuarta edición revisada (DSM IV), por falta de unidad de los criterios. Es por eso que, esta investigación se elaboró con la finalidad de determinar la incidencia del síndrome del comedor nocturno en pacientes adultos obesos mediante un estudio de campo de tipo descriptivo, cuya población estuvo comprendida de 35 pacientes obesos que asisten a la consulta nutricional del ambulatorio urbano tipo I La Mara, donde se tomó una muestra por conveniencia. Los datos fueron procesados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20, obteniendo como resultado que del total de la muestra el 22,9% de los pacientes tienen el síndrome del comedor nocturno.

Palabras claves: Comedor Nocturno, obesidad, Trastorno de conducta alimentaria.



ACTA VEREDICTO

Nosotras, Profesoras: Glenda Beatriz Da Silva (Jurado Coordinador), Cédula de Identidad N° 8.047.345, Yurimay del Valle Quintero (Jurado), Cédula de Identidad N° 13.014.652 y Msc. Herly Signey Rodríguez Pinzón (Tutora), Cédula de Identidad N° 15.535.292, nombradas por el Consejo de la Escuela de Nutrición y Dietética, en calidad de miembros del Jurado para conocer y evaluar el Trabajo Especial de Grado titulado:

“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL COMEDOR NOCTURNO EN ADULTOS CON OBESIDAD QUE ASISTEN A LA CONSULTA NUTRICIONAL EN EL AMBULATORIO URBANO TIPO I LA MARA”.

Presentado por la universitaria: **Gutiérrez Correa, Nuverly Joselyn**, Cédula de Identidad N° **20.799.936**, bajo la Tutoría de la Msc. Herly Signey Rodríguez Pinzón, con Cédula de Identidad N° 15.535.292 y la Co-tutoría del profesor Ángel Villaroel Cédula de Identidad N° 1.177.309, como Credencial de Merito para optar al Título Universitario de: **LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**, una vez realizada la defensa y discusión del Trabajo Especial de Grado, siguiendo las normas establecidas y por cuanto consideramos que éste cumple con todos los requisitos exigidos, acordamos calificarlo con Dieciocho (18) puntos.

En Mérida, a los (25) veinticinco días del mes de Noviembre del año 2015.

Msc. Herly Signey Rodríguez
Tutora



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela de Nutrición y Dietética
Dpto. de Nutrición Social

Prof. Glenda Beatriz Da Silva
Jurado Coordinador

Profa. Yurimay Quintero
Jurado

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o una aparición de comportamientos de control de peso. (Da Silva, 2015). Tienen como característica general la existencia de un factor común, igual en pacientes hombres y mujeres, que se puede definir como una sobre evaluación del peso y de la forma corporal (Errandonea, 2012).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos (TCANE), son habitualmente cuadros de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa incompletos, ya sea por estar iniciándose o porque están en vías de resolución y suelen predominar en el paciente obeso. En los (TCANE), también se incluyen trastornos tales como el atracón alimentario (Binge eating) con episodios compulsivos de ingesta de forma recurrente, pero sin conductas compensatorias, así como también el Síndrome del Comedor Nocturno (NES), que se identifica por presentar anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio. (Scheck y Mahowald, 1994 citado en Ellenberg, Verdi, Ayala, Ferri, Marcano y Vivas 2006), por lo que con el tiempo el paciente se encamina potencialmente hacia un problema de sobrepeso u obesidad (Da Silva, 2015).

En el mismo orden de ideas, la obesidad se define como, la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015). Es una de las alteraciones metabólicas más frecuentes y de mayor repercusión sanitaria y socioeconómica en muchos países del mundo. El resultado final de obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético y en ella pueden influir inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida sedentario, factores sociológicos, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas y componentes hereditarios (Martínez, 2014).

A nivel mundial, el problema de la obesidad se ha duplicado en el periodo 1980-2008, afectando en el 2008 a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de

20 años, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres. Se estima que cerca de 1.400 millones de personas tienen sobrepeso, de las cuales 500 millones son obesos. Venezuela se sitúa en el tercer lugar con mayor obesidad en Latinoamérica después de Brasil y México. (OMS, 2015).

Así mismo, es importante que todos los profesionales en salud, tomen en cuenta estos factores a la hora de establecer cualquier tipo de intervención para el manejo y control del sobrepeso y la obesidad, debido a que estos síndromes o Trastornos de la Conducta Alimentaria son considerados como otra causa que afecta el tratamiento para la pérdida ponderal del peso.

Es por eso que, esta investigación, se elaboró con la finalidad de determinar la prevalencia del síndrome del comedor nocturno en pacientes adultos obesos mediante un estudio de campo de tipo descriptivo, realizado en la consulta nutricional del ambulatorio urbano tipo I La Mara. Este trabajo se encuentra estructurado en 5 capítulos, en cuanto al primer capítulo hace referencia a la problemática de la investigación, los objetivos que se plantearon para dar respuesta a este problema y la justificación del mismo. El segundo muestra el marco teórico, donde se desarrolla la teoría que fundamenta este trabajo de investigación, el cual está constituido por los antecedentes de la investigación y bases teóricas. El tercero hace referencia al marco metodológico, es aquí donde se encuentra el conjunto de acciones realizadas para describir y analizar el problema de este trabajo, a través de procedimientos como tipo de investigación, población y muestra tomada, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas de procesamientos y análisis de los datos. En el cuarto capítulo presenta los resultados y discusiones. Finalmente, el quinto capítulo comprende las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Chagnon, 2003; Palou, Bonet y Rodríguez, 2001). El impacto que la obesidad produce actualmente sobre la aparición de comorbilidades asociadas es incalculable por la formidable magnitud de sus dimensiones (Sjostrom, Lissner y Bedel, 1999).

La obesidad ha estado muy relacionada con el síndrome de comedor compulsivo, y más recientemente con el Síndrome del Comedor Nocturno, conocido por sus siglas en inglés NES (Night Eating Syndrome), el cual permanece en estudio para considerarlo como Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), incluido en la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición o DSM IV, por falta de uniformidad de los criterios. (Ellenberg, Verdi y Ayala, Ferri, Marcano y Vivas, 2006).

En tal sentido, se llama síndrome del comedor nocturno (Night eating syndrome: NES), a un trastorno de la alimentación que consiste en desarrollar un patrón de conducta en el cual se ingiere una gran cantidad de calorías luego de la cena. En algunos casos, como resultado de un deseo incontrolable de comer, similar a una adicción, las personas llegan a ingerir hasta el 50% de todas las calorías del día en las horas que siguen a la cena (Gallo, 2011). El NES se caracteriza por presentar tres puntos cardinales: anorexia matutina, hiperfagia nocturna e insomnio (Scheck y Mahowald, 1994 citado en Ellenberg et al., 2006).

Otros estudios revelan que la prevalencia de este trastorno varía en cuanto al género, donde se ha determinado que es más frecuente en mujeres (66%), cuya causa permanece desconocida. Con respecto a la edad, se manifiesta regularmente durante la adultez temprana con edad media de 39 años, y en persona con Índice de Masa Corporal de $26,7 \pm 4,6$ o con 20% de exceso de peso (43,7%); (Scheck y Mahowalt, 1994).

Por lo tanto, es evidente la importancia de estudiar esta problemática actual, que hasta hoy día se ha ido incrementando convirtiéndose en un patrón común de las conductas alimentarias en los pacientes con obesidad. Por ende, investigaciones en relación al NES, intervienen significativamente en el éxito del tratamiento nutricional, lo que permitirá obtener resultados satisfactorios en la pérdida y mantenimiento sostenido del peso, donde el mejor tratamiento se logra con la educación interdisciplinaria debido a su multicausalidad (García-Gamba, 2001 citado en Ellenberg et all, 2006).

bdigital.ula.ve

Formulación del Problema

¿Existe prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno en los pacientes con obesidad que asisten a la Consulta de Nutrición, del Ambulatorio Urbano tipo I La Mara?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno (NES) en pacientes con obesidad que asisten a la consulta de nutrición del Ambulatorio

Urbano tipo I La Mara, Parroquia Juan Rodríguez Suarez. Municipio Libertador estado Mérida.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la obesidad en los pacientes que asisten a la Consulta de Nutrición del Ambulatorio Urbano tipo I la Mara.
- Identificar las características del Síndrome del Comedor Nocturno (NES) en pacientes con obesidad de la Consulta de Nutrición del Ambulatorio Urbano tipo I La Mara.
- Evaluar los hábitos alimentarios en los pacientes con obesidad de la Consulta de Nutrición del Ambulatorio Urbano tipo I La Mara.

Justificación

bdigital.ula.ve

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso (Kauffer, Tavano y Ávila, 2008 citado en Márquez y Contreras, 2013). Su tratamiento es un reto, ya que se ha incrementado en forma global con implicaciones individuales y sociales convirtiéndola en un grave problema de salud pública a nivel mundial (Kaplan et al, 2003)

Del mismo modo, la obesidad ha estado relacionada con TCA, marcado por alteraciones en la respuesta a la saciedad, donde convergen una serie de elementos genéticos y neuroendocrinos que producen un desbalance entre las reservas energéticas y la saciedad, lo que se traduce en alteraciones en el patrón de consumo, tal como se evidencia en el NES, donde los individuos que lo padecen

pueden perfectamente permanecer todo el día sin ingerir alimentos pero consumen la mayor cantidad de calorías durante la noche, lo que les ocasiona alteraciones del patrón sueño-vigilia. (Raben y Astrup, 2000; World Health Organization, 1998)

Muchos profesionales insisten desde un inicio en cambiar las conductas alimentarias, sin considerar que las modificaciones deben realizarse progresivamente de acuerdo al patrón previo del paciente, de lo contrario el objetivo no sería alcanzado. (Ellenberg y otros, 2006)

Es importante conocer y diferenciar el comportamiento del paciente con obesidad, cabe destacar que las personas con NES, comedores compulsivos y bulimia tienen marcados patrones alimentarios que van a dificultar la pérdida ponderal, estos cambios deben ser paulatinos e individualizados. (ob. cit.)

En este sentido se deduce la razón de ser de esta investigación pues es fundamental que los especialistas en nutrición obtengan los conocimientos necesarios en relación al NES; asimismo colaborar a que tengan otra visualización en cuanto a las diferentes conductas y hábitos alimentarios de pacientes con obesidad. Para así diagnosticar, tratar y favorecer a los mismos en la adherencia del tratamiento nutricional individualizado. Por ello, este estudio está enfocado en este síndrome poco conocido y de mucha importancia en la evolución satisfactoria de pacientes con obesidad, donde los beneficiados sean ellos mismos permitiendo alcanzar un manejo nutricional exitoso.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación, suministrará una idea más clara al lector acerca del problema planteado. Cabe destacar que, la incidencia del Síndrome del Comedor Nocturno (NES) es difícil de estimar, debido a que son muy escasos los datos existentes en la literatura en población general: por lo tanto, a continuación, se presentan los antecedentes encontrados relacionados al tema del estudio, así como las bases teóricas que explican el marco conceptual de la investigación.

Antecedentes de la investigación

La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia va en aumento (Núñez, Peña, Pacheco, Sánchez y Rivera 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llamado la atención con las crecientes cifras de población con sobrepeso y obesidad, llegando a calificar esta situación de epidemia (OMS, 2004 citado en Perozo, 2012). Es importante señalar la estrecha relación entre la obesidad y los TCA y más recientemente con entidades poco estudiadas como es el NES (Perozo, 2012). Donde, se toman como antecedentes los siguientes estudios:

En un estudio realizado en el Ambulatorio de Seguimiento y Unidad de Tratamiento, Hospital Estatal Bakirkoy para la Salud Mental y trastorno neurológico en Turquía, cuyo objetivo fue investigar la prevalencia y las características clínicas del NES en pacientes con Trastornos de Depresión y Ansiedad, se obtuvo una muestra de trescientos pacientes ambulatorios con Depresión mayor (DM), Trastorno de Pánico (PD), Trastornos Generales de ansiedad (GAD) y Trastornos Obsesivo Compulsivo (TOC) entre diciembre de 2010 y mayo de 2011. Se implementó, el formulario de datos sociodemográficos, SCID-I para los trastornos DSM-IV, el Night Eating Questionary (NEQ) y el NES cuestionario de evaluación. Como resultados

obtuvieron que la prevalencia de la muestra estudiada fue de 15,7% (47) y fue significativamente mayor en los pacientes con depresión mayor (DM= 22%, GAD= 7,8, OCD= 12,5% y PD= 14%), con lo que concluyen que el NES es frecuente en pacientes con Depresión Mayor y la evaluación del NES en los pacientes de psiquiatría pueden ayudar al tratamiento de la psicopatología primaria y prevenir los efectos adversos, como aumento de peso, lo que puede reducir la calidad de vida (Küçükgöncü y Beştepe, 2014)

A través de un estudio analítico de casos y controles, sobre la asociación del síndrome de comedor nocturno con la obesidad en adolescentes del Liceo Bolivariano “Antonio Dolores Ramones” Municipio Colina del estado Falcón Venezuela, la población estudiada fue de 265 estudiantes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 12 y 19 años, a los participantes se les tomó el peso y la talla y se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC). Se tomaron como casos a los adolescentes obesos con un percentil >85 de acuerdo a edad y sexo para IMC según las tablas propuestas por el Instituto Nacional de Nutrición (INN). Se definió como control a un número similar de estudiantes que se encontraban con un percentil >15 pero \leq 85. Seguidamente se realizaron historias clínicas donde se evaluaron características clínico- epidemiológicas de los pacientes con obesidad, tomando en cuenta los siguientes parámetros: edad, género, antecedentes familiares, nivel socioeconómico, grado de instrucción, exploración clínica, presión arterial y artrosis de rodilla. Posteriormente, se les entregó a ambos grupos (casos y controles) un test auto administrado, para el diagnóstico del síndrome del comedor nocturno según los criterios de la enfermedad propuestos por Stuhkard (1955) y Birketveldt (1999) tomando como base un modelo aplicado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania. En los resultados se determinó la presencia del NES en los adolescentes incluidos en el estudio del 14% de los seleccionados, sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa (Perozo 2012).

En un estudio de tipo descriptivo, titulado Prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno (SCN) en Universitarios, tuvo como objetivo caracterizar la prevalencia de

este síndrome en estudiantes de tres áreas de estudio: Artes, Humanas y Salud del Centro Universitario de Maringá, estado Paraná, Brasil, la muestra estudiada fue de 275 estudiantes con edades comprendidas entre 18 y 50 años, la obtención de datos fue realizada durante 6 semanas, en las aulas de diferentes cursos, solicitando el permiso de los docentes para aplicar el Night Eating Questionare (NEQ), con el cual se determina el síndrome. Para evaluar la asociación entre peso y edad con el síndrome se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC), eran considerados con sobrepeso aquellos con $IMC \geq 25$ a 30 kg/m^2 y obesidad aquellas con $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, de acuerdo con los parámetros sugeridos por la OMS (1995). Como resultado el síndrome del comedor nocturno fue observado en 4 (1,4%) de los estudiantes encuestados; apenas 1 (0,4%) presentó riesgo para el desenvolvimiento del SCN. En cuanto al estado nutricional se demostró que 39 (14,10%) presentaron exceso de peso, se caracteriza en 27 (9,8%) y 12 (4,3%) con pre-obesidad y obesidad, respectivamente. (Zirolto, Leal, Salado, Franca y Araújo, 2010)

Por medio de un estudio observacional, prospectivo, transversal y abierto, se determinó la alta frecuencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria Inespecíficos en personas obesas, cuya población estuvo comprendida por 54 pacientes con obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), atendidos consecutivamente en la Sección de Nutrición del Hospital Universitario de Vigo, España; de los cuales 45 eran mujeres y 9 eran varones, un grupo control de 15 sujetos adultos con normo peso ($IMC: 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) de los cuales 11 eran mujeres y 4 varones. A todos los pacientes cuando acudían a la consulta de nutrición, se les realizaba una entrevista clínica en que se les preguntaba por su patrón de alimentación y seguidamente, se les administraban tres cuestionarios psicológicos que evalúan TCA de una manera fiable y validada en nuestro medio, teniendo como resultado: de los 54 pacientes con obesidad, 12 (20,6%) presentaban conductas anómalas ante la comida, mientras que 5 (4,1%) y 3 (2,5%) padecían de TCA inespecíficos y TCA clásicos respectivamente. Los 3 pacientes que padecían de TCA clásicos, en concreto Bulimia Nerviosa, eran mujeres; y de los 5 que presentaban TCA inespecíficos, en concreto Trastorno por

Atracón, 4 eran mujeres y 1 varón. En el grupo control ningún sujeto mostraba conducta anómala con la comida (Larrañaga y García, 2009).

En el mismo orden de ideas, en un estudio cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del Síndrome del Comedor Nocturno en una población psiquiátrica de 399 pacientes de clínicas psiquiátricas ambulatorias de Minnesota y Pensilvania en Estados Unidos, a los que se les aplicó el Night Eating Questionary mediante una entrevista semiestructurada. Como resultado obtuvieron, 49 participantes (12,3%) cumplieron con los criterios para el Síndrome del Comedor Nocturno. Mayores tasas de trastornos por usos de sustancias eran encontrados entre los pacientes diagnosticados con el NES en comparación con aquellos sin el síndrome (Lundgren, Allison, O' Reardon, Crow, Berg, Galbraith, San Martino y Stunkard, 2006)

Bases Teóricas

bdigital.ula.ve

A continuación, se presentan las bases teóricas que sustentan la investigación sobre la incidencia del síndrome del comedor nocturno en los pacientes con obesidad que asisten a la Consulta de Nutrición, del Ambulatorio Urbano Tipo I La Mara.

Por este sentido, el presente trabajo se asocia a diferentes teorías que le darán forma al problema planteado en esta investigación.

Obesidad

Es una enfermedad metabólica de múltiples causas, que se caracteriza por tener una adiposidad que se excede a lo normal. Se ha convertido en un problema de salud pública debido a las grandes masas de personas afectadas y las complicaciones de esta sobre la salud. De allí que es definida por Moreno, Monereo y Álvarez (2013) como un aumento de composición de grasa corporal. Este aumento se traduce en un incremento del peso y aunque no todo incremento del peso corporal

es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal.

Así mismo, se define la obesidad como una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilos de vida que conducen a un trastorno metabólico. Se caracteriza por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede el gasto energético, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y por tanto ganancia de peso. (García, 2004, citado en CANIA, 2009).

Clasificación de la obesidad

Se conocen diferentes clasificaciones de la obesidad, debido a que se puede clasificar por diferentes parámetros entre ellos:

La obesidad según su origen exógeno

Se origina por causa de la ingesta excesiva calórica y de tipo endógeno donde su causa es producida por disturbios hormonales y metabólicos.

- ✓ De tipo primaria donde se presenta un desequilibrio entre la ingestión de alimentos que provienen de la dieta y el gasto energético
- ✓ De tipo secundaria la cual se deriva como causa de determinadas enfermedades provocando el aumento del tejido adiposo.

La obesidad por su topografía regional de tejido adiposo

- ✓ Obesidad ginecoide o periférica: conocida también como obesidad tipo pera, se presenta principalmente en mujeres, este tipo se caracteriza por acumular la mayor parte de tejido adiposo a nivel de la cadera, glúteos y muslo.
- ✓ La obesidad tipo androide o central: en forma de manzana como de igual forma se conoce, se origina en el sexo masculino, se identifica por acumular tejido adiposo en cara, región cervical, tronco y notándose más el aumento de grasa a nivel abdominal.

- ✓ Por último, se tiene la obesidad tipo visceral, la cual se caracteriza por tener grasa alrededor de las vísceras. Sin embargo, tanto en mujeres como hombres se pueden presentar los tres tipos.

La obesidad a nivel celular

- ✓ la obesidad hiperplásica: se presenta un aumento de células adiposas, suelen aparecer durante el crecimiento por lo que pueden ser las responsables de la obesidad infantil como de los adolescentes
- ✓ la obesidad hipertrófica: se origina por el aumento del volumen de los adipocitos, aquí hay un crecimiento de tamaño, este es responsable de la obesidad del adulto.

La obesidad por su etiología

Se puede clasificar en: de origen endocrino, de origen hipotalámico, de origen genético, por medicamentos, entre otros.

Clasificación de la obesidad dependiente del IMC

Cuyo parámetro es el más empleado, este equivale al cociente kg/m^2 , expresando una relación entre peso corporal y altura que no corresponde exactamente con el contenido de grasa. (Sandoval, 2010).

La OMS define la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m^2 . Los criterios de la OMS para la clasificación del peso corporal en adultos según el IMC son los siguientes: $< 18,5$ = peso bajo; $18,5-24,9$ = normo peso; $25-29,9$ = sobrepeso; $30-34,9$ = obesidad grado I; $35-39,9$ = obesidad grado II; ≥ 40 = obesidad mórbida (OMS, 2000 citado en Pérez, López y Culebras, 2013).

El resultado final de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético y en ella pueden influir inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida sedentario, factores sociológicos, alteraciones metabólicas y neuroendocrina y componentes hereditarios.

También se han mencionado como posible origen de la obesidad y exceso de peso determinadas infecciones y procesos inflamatorios crónicos leves, el menor número de horas de sueño de la población y el estrés en la sociedad actual, las alteraciones endocrinas, como hipotiroidismo, a nutrición perinatal de la madre y del recién nacido, las relaciones sociales más frecuentes entre personas obesas con predisposición genética, la edad y la mayor fertilidad de la mujer con sobrepeso, algunos efectos secundarios a fármacos, el cambio climático, entre otras. En todo caso, el papel del excesivo consumo de calorías en forma de grasa y azúcares junto a la tendencia del sedentarismo en la sociedad actual son dos de los agentes causales más conocidos en la etiología y el desarrollo de la obesidad. De hecho, la ingesta excesiva de azúcares aparece como factor causal tan importante como el de las grasas (Martínez, 2014).

La obesidad mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) es un factor predictivo de muerte prematura, aunque en gran parte su trascendencia sanitaria radica en su asociación con un conjunto de situaciones clínicas (comorbilidades) entre las que se destacan la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la enfermedad cardiovascular y el síndrome metabólico (Pérez, López y Culebras, 2013).

Trastornos de la Alimentación o Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los TCA tienen como característica general la existencia de un factor común, igual en pacientes hombres y mujeres, que se puede definir como una sobrevaloración del peso y de la forma corporal. La percepción que tiene el individuo de su desempeño en la sociedad se basa, en forma muy importante o casi exclusiva, tanto en el peso y forma de su cuerpo como en la habilidad de controlar estas dos variables. Existe una alteración o conducta anómala persistente 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. Los trastornos de la alimentación tienen su origen en la esfera psiquiátrica, y los criterios usados para diagnosticarlos y clasificarlos están establecidos en la cuarta edición del manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) correspondiendo a: Anorexia nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de alimentación no especificados (TANE) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition, 1994 citado en Errandonea, 2012).

Clasificación de los TCA

✓ Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa tiene una prevalencia general menor al 1%, con una alta morbilidad y mortalidad debido a sus complicaciones psiquiátricas, metabólicas cardiovasculares, endocrinas e inmunológicas. Se inicia generalmente en la adolescencia y afecta mayoritariamente a mujeres. Hay factores genéticos y de personalidad (tendencia a la perfección, autoevaluación negativa, rasgos obsesivos), que se han relacionado al desarrollo de anorexia. El objetivo de las pacientes es bajar de peso con una restricción severa y selectiva de la comida, excluyendo todos los alimentos que se perciben como calóricos o que pueden engordar, llegando a ingestas extremadamente reducidas por el intenso e irracional miedo de subir de peso. El desorden, si bien generalmente comienza con una restricción calórica, con el transcurso del tiempo comienza a presentar atracones y conductas de purga en más del 50% de los casos. La enfermedad se desarrolla en forma crónica, con remisiones y recaídas, y tiene una mortalidad del 5% al 10%, que es mayor a la de una población de la misma edad para otros trastornos psiquiátricos. En cuanto a su pronóstico, aproximadamente la mitad de los pacientes se recuperan, un 25% de los casos pasan a la cronicidad y otro 25% tiene síntomas residuales que no corresponden a una mejoría total. En general, una detección e intervención más temprana y en pacientes más jóvenes facilita la recuperación y la probabilidad de éxito (Treasure, Claudino, y Zucker, 2011 y Steinhausen, 2002). Dado el carácter restrictivo de esta enfermedad, caracterizada por la imposibilidad de mantener un peso adecuado, bajo o muy bajo lo recomendado, este trastorno de alimentación no tiene una relación directa con el desarrollo de la obesidad (Errandonea, 2012).

✓ Bulimia nerviosa

Es un trastorno de la alimentación cuyo significado es “hambre de buey”, un hambre fuera de lo normal, tan grande, que habla de un sujeto que pudiera comerse un buey completo, haciendo referencia a los atracones de comida que la caracterizan. 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 el tipo de purgas (inducción de vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos), de restricción de la ingesta o la realización de actividad física. Esto constituye la gran diferencia con el trastorno o síndrome por atracones que no presenta conductas compensatorias (Errandonea, 2012).

Trastornos de Alimentación No Especificados (TANE)

Los TANE son los que predominan en el paciente obeso (Larrañaga y García, 2009), aunque es importante tener en cuenta que también se pueden presentar en sujetos de peso normal. Corresponden a aquellos trastornos de la alimentación que no cumplen los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa ni bulimia nerviosa. Esta categoría abarca a la mayoría de los pacientes que tienen trastornos de la alimentación y es muy amplia y variada en sus presentaciones. Desde sujetos que mastican y escupen grandes cantidades de comida, sin deglutirla; hasta personas que cumplen varios criterios para bulimia nerviosa, pero no alcanza la frecuencia semanal establecida para los atracones, la duración en el tiempo que exige la definición, o que presentan conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, enemas o diuréticos) sin tener atracones objetivos, como por ejemplo tras comer una pequeña cantidad de comida, similar a un par de galletas, se inducen vómitos (Errandonea, 2012). El hecho que sean presentaciones que se han llamado parciales “síndromes parciales”, es decir, que presentan algunas, pero no todas las características que determinan el criterio diagnóstico, no disminuye su trascendencia como trastorno alimentario, pues la sobreevaluación de la comida de la forma

corporal, del peso y la imagen, junto a la influencia sobre el desempeño en la vida diaria, corresponden a un trastorno de la alimentación (Ricca, Manucci, Mezzani, y Di Bernardo. 2001 y Keel, 2007). Es en esta categoría, con una serie de condiciones intermedia, donde existe una mayor frecuencia de población con sobrepeso y obesidad. Los desórdenes más frecuentes en los trastornos de la alimentación no especificados asociados a obesidad, son el trastorno por atracones y síndrome de comedor nocturno (Errandonea, 2012).

Trastorno del Comedor Nocturno (NES)

Fue descrito por primera vez por Albert J. Stunkard en 1955, el patrón de ingesta de este trastorno lo presentan en su mayoría entre el final de la tarde y noche, que altera el ciclo normal de sueño. Sus características son las de un paciente que ingiere una gran cantidad de las calorías del día después de la última comida, con insomnio y anorexia matinal. No hay episodios de atracones; al despertar se ingieren alimentos de moderado contenido calórico, de composición alta de carbohidratos o carbohidratos más proteínas tipo merienda o snacks, y sin perder de control. Es importante enfatizar que el paciente se encuentra totalmente despierto, no existe sonambulismo (ob.cit).

Los factores estresantes que producen con mayor frecuencia una exacerbación son los conflictos intrafamiliares, rupturas sentimentales y aislamiento social/emocional (Aronoff, Geliebter y Zammit, 2001).

Distintos investigadores han establecido varias propuestas para mejorar el diagnóstico y para establecer qué porcentaje de las calorías totales del día son consumidas en la noche o después de la última comida. Se considera que existen variaciones de tipo cultural sobre el horario de la última comida del día, que no permite llegar a un consenso (Errandonea, 2012).

En las diversas investigaciones que se han continuado realizando por el equipo de Stunkard, se ha propuesto categorizar a los pacientes comedores nocturnos en

subgrupos de acuerdo a los patrones preponderantes. Se han identificado 4 categorías diferentes:

- ✓ Comedor compulsivo de tarde y noche
- ✓ Comedor nocturno ansioso
- ✓ Comedor nocturno por antojos
- ✓ La creencia del todo o nada sobre el comedor nocturno.

El primer subtipo, comedor nocturno compulsivo de tarde, surge por las observaciones encontradas, las cuales reportan que el 15% de los pacientes con NES no se levantan en la noche a comer, solo presentan hiperfagia nocturna y anorexia matutina. La razón por la que se considera a este grupo como NES es por su patrón circadiano de ingesta que tiende a consumir la mayor parte de su requerimiento en horas de la tarde y noche, incluso se mantienen despiertos y continúan comiendo hasta el momento de conciliar el sueño, igualmente presentan sentimientos compulsivos en cuanto a la comida durante este horario.

El ansioso agitado se caracteriza por presentar sentimientos de ansiedad durante el episodio de comida generalmente relacionado con situaciones que sucedieron durante el día o que causan inquietud. El proceso cognitivo adoptado, consiste en la sensación de que el comer les permite tranquilizarse y consiguientemente lograr dormirse.

El tipo antojado presenta “antojos” (cravings) similares a los que experimentan personas adictas al alcohol o drogas. Este tipo de comportamiento es psicológico y no se explica por razones físicas. El patrón de ingesta se caracteriza por satisfacer las necesidades con respecto a alimentos específicos que son de la preferencia del sujeto.

Por último, el cuarto subgrupo de NES enfoca principalmente sus pensamientos y creencias, en los efectos del insomnio y sueño insuficiente. Justifican sus interrupciones del sueño con la premisa de que están muy cansados, que el comer

los ayudara a relajarse y podrán volver a dormirse. Lo que realmente les preocupa es no obtener las suficientes horas de descanso, similar a lo que suceden con las personas que sufren de insomnio, con la diferencia en que estos últimos no comen cuando se levantan durante la noche.

La identificación de estos subgrupos en los pacientes, permite un abordaje más asertivo a la hora de evaluar e instaurar tratamiento (Ellenberg et al, 2006).

El NES se describió como una de las consecuencias del estrés, propio de personas con obesidad y alteraciones del comportamiento alimentario, del sueño y del humor asociado a una alteración de la función endocrina, y del patrón del ritmo circadiano (Birketveldt, Sundsfjord y Florholmen, 2004, citado en Ellenberg et al 2006), acompañada del consumo de alimentos de alta densidad calórica particularmente carbohidratos, especialmente de absorción rápida y refinados (Scheck y Mahowald, 1994, citado en Ellenberg et al 2006).

En forma similar al trastorno por atracones, este síndrome también se asocia a sobrepeso y obesidad, como también es frecuente en pacientes que solicitan tratamientos para bajar de peso, llegando a un 10% de prevalencia (Stunkard, 2002, citado en Errandonea, 2012). En la población general, la prevalencia es de 1.5% (Rand, Macgregor y Stunkard, 1997, citado en Errandonea, 2012). Su presencia influye también en la resistencia y los peores resultados a las tentativas de reducción de peso (Birketved et al 1999 citado en Ellenberg et al, 2006). No es exclusivo de los obesos, también esta descrito en personas de peso normal, pero se ha determinado que la presencia del NES se asocia a mayores índices de masa corporal (Colles, Dixon y O'Brien, 2007, citado en Errandonea, 2012).

En otro orden de ideas, el tamaño de las comidas de los pacientes con NES es mucho menor que en casos de bulimia o trastorno por atracón, de hecho se estima que en los pacientes con diagnóstico de NES presentan un consumo aproximado de 200 y 400 calorías en una sentada, mientras que los individuos con bulimia nervosa o

comedor compulsivo pueden llegar a comer durante un atracón entre 2000 y 3000 calorías e incluso sobrepasarlas (Allison, Stunkard y Thier, 2004 citado en Ellenberg et al, 2006).

Principales características del NES

✓ Anorexia matutina

Ha sido definida como ayuno o ingesta poco abundante durante el horario de la mañana (Gluck, Geliebter y Satov, 2004). Dicho fenómeno se ha explicado como una consecuencia de la alteración del ritmo biológico lo que retarda la aparición del apetito. Es frecuente que estos individuos no sientan apetito durante las primeras horas del día, incluso pueden dejar de almorzar o sentir muy poca hambre hasta la tarde. (Allison, Stunkard y Thier, 2004 citado en Ellenberg et al, 2006)

✓ Hiperfagia nocturna

Las personas con adecuados patrones de alimentación tienen un consumo menor del 10% de su requerimiento total posterior a la cena, a diferencia de aquellos que presentan el síndrome, quienes ingieren cerca del 35 % de sus calorías totales después de la cena. (Allison, Stunkard y Thier, 2004 citado en Ellenberg et al, 2006).

En respuesta a la falta de apetito en la mañana (denominado anorexia matutina), se presenta la hiperfagia nocturna asociada a consumo de más del 50% de la ingesta diaria en horas poco usuales, específicamente después de las 6 de la tarde (Birketveldt, Florholm, Sundsfjord, Osterud, Dinges, Bill y Stunkard, 1999)

✓ Insomnio

Es considerado como un trastorno en el cual la persona tiene dificultad para conciliar el sueño o interrupción frecuente del mismo acompañado de hiperfagia nocturna donde el paciente se levanta en múltiples oportunidades para comer. El horario de esta conducta es variable y puede extenderse hasta las dos y tres de la mañana con una frecuencia de 3-4 veces por semana. (Scheck y Mahowald, 1994). Durante estos episodios el individuo no solo siente la necesidad de comer,

sino además que no puede conciliar el sueño de nuevo sino ingiere algún alimento (Allison, Stunkard y Thier, 2004 citado en Ellenberg et al, 2006).

✓ Depresión

Estado patológico, caracterizado por las alteraciones de los sentimientos, se manifiesta por una excesiva tristeza, angustia, desesperación, desconsuelo y pesimismo, sentimiento de impotencia para actuar y pensar, con disminución de la actividad mental y física. La actividad puede ser agitada e intranquilao, por el contrario, lenta y retrasada (Diccionario de Medicina Barda).

Si bien la depresión no ha sido considerada criterio de diagnóstico para el NES se ha asociado fuertemente al mismo (Gluck, Geliebter y Satov, 2001 citado en Ellenberg et all, 2006)

Formula dietética para pacientes con obesidad

El tratamiento nutricio debe permitir la disminución gradual de peso, de manera que, la dieta no debe ser excesivamente hipocalórica porque esto puede generar un desequilibrio metabólico reflejándose en el déficit de nutrimentos primordialmente en aquellos que no se almacenan en el organismo; por tanto, la dieta debe ser suficiente y equilibrada asegurando el balance nutrimental, además, procurar en la medida de lo posible, no cambiar radicalmente hábitos y costumbres del paciente puesto que tal situación puede favorecer la aparición de alteraciones emocionales.

En el tratamiento nutricio de la obesidad se persigue el balance negativo de energía, esto implica que el organismo gaste sus reservaas energéticas que se encuentran en forma de grasa. Teóricamente, se sabe que 1 kilogramo de tejido adiposo contiene 800g de grasa, es decir, 7200 kcal almacenadas (9 kcal/g de grasa). Por tanto, para reducir 1 kg de peso por semana es factible disminuir 1000 kcal del aporte calórico diario para lograr la reducción de 4 kg al mes en promedio.

Se sugiere que en la distribución de macronutrientes las grasas no representen más del 30% del valor calórico total (VCT). Del total de las grasas, los ácidos grasos

saturados (AGS) deben ser menores del 10 % del VCT, ácidos grasos monoinsaturados (AGMI) hasta el 15 % del VCT y los ácidos grasos poliinsaturados del 10% de VCT. Con respecto al colesterol propone que el consumo sea menor de 300 mg/día.

Los hidratos de carbono (HC) deben cubrir el 55% del VCT y se proponen que sea HC complejos obtenidos principalmente de vegetales frescos, frutas, granos y cereales integrales ya que aportan una buena cantidad de vitaminas, minerales y fibra. Los HC complejos generan mayor saciedad por lo que se reduce automáticamente la ingesta de alimento ayudando a la pérdida de peso. El consumo de fibra debe ser de 20 a 30 g/día no rebasando los 35 g ya que el consumo excesivo puede provocar la insuficiente absorción de algunos micronutrientes.

Las proteínas deben proporcionar aproximadamente el 15 % del VCT derivadas de alimentos vegetales y de alimentos de origen animal bajos en grasa.

bdigitalula.ve

Variables

Dependiente: Síndrome del Comedor Nocturno.

Independiente: Obesidad.

Demográfica: Edad y Sexo.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La metodología del proyecto incluye el tipo de investigación según nivel y diseño, las técnicas y los instrumentos que serían utilizados para llevar a cabo la indagación. Es decir, se refiere a “como” se realizará el estudio para responder al problema planteado (Arias 2006, p. 110).

Además, en la investigación científica es necesario que los hechos estudiados, los resultados obtenidos y las evidencias significativas encontradas respecto al problema investigado, mantenga condiciones de fiabilidad, objetividad y validez, en este sentido, requieren una delimitación en orden metodológico mediante los cuales se intenta dar respuesta a los objetivos planteados de la investigación, en consecuencia el marco metodológico de la presente investigación que propone determinar la prevalencia del síndrome del comedor nocturno en pacientes con obesidad que asisten a la consulta de nutrición del Ambulatorio Urbano tipo I La Mara, Parroquia Juan Rodríguez Suarez. Municipio Libertador estado Mérida, se hace necesario situar además en detalle los métodos, procesos y técnicas empleados en la recolección de datos requeridos en la investigación propuesta.

Nivel de investigación

Siguiendo la metodología requerida, el presente estudio se enmarca en un nivel de investigación de tipo descriptivo, en la cual se busca caracterizar el patrón del Síndrome del Comedor Nocturno de los Adultos con Obesidad que asisten a la Consulta Nutricional del Ambulatorio Urbano Tipo I La Mara en un momento determinado. Donde se estudiará el impacto que causa la medición de la variable independiente; en este caso los pacientes obesos según a la variable dependiente;

los cuales presentan síndrome de comedor nocturno. En relación a lo planteado, Arias (2006), señala lo siguiente:

“La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere”.

Diseño de la investigación

Cuando la recolección de datos se toma directamente de los sujetos reales investigados y del momento donde ocurren los hechos sin manipular las variables, se caracteriza por ser una investigación no experimental. (Arias. 2006, p. 31). De acuerdo al problema planteado, referido a la prevalencia del síndrome del comedor nocturno en pacientes con obesidad y en función de los objetivos propuestos de la investigación, el presente estudio se enmarca en la categoría de investigación de diseño de campo.

La investigación de campo es definida como el análisis sistémico de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos. De tal manera que esta investigación se caracteriza de campo; porque los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad. (Balestrini, 2002).

Población y muestra

En cuanto a la población, se refiere a cualquier conjunto de elementos de los cuales se va a investigar, en nuestro caso el síndrome del comedor nocturno (Arias, p. 110). Así mismo, se estudiará la muestra, que viene a ser el “subconjunto representativo de un universo o población (Morles, citado por Arias, 1999, p.54).

La población estuvo integrada por adultos con obesidad, de ambos sexos, que asisten a la consulta de nutrición del ambulatorio urbano tipo I La Mara.

El ambulatorio Urbano tipo I La Mara cuenta con registros de pacientes que asisten a las consultas, pero este registro no contiene información detallada como peso y talla, de toda la población en general que asiste a la Institución, de tal manera que se dificulta obtener observaciones exactas en los pacientes con obesidad. Debido a esta situación no se pudo realizar un muestreo probabilístico y se decidió hacer un muestreo no probabilístico.

La muestra tomada del ambulatorio Urbano tipo I La Mara, fue de 35 pacientes, los cuales 8 eran de género masculino y 27 de género femenino, estuvieron seleccionados en el transcurso de dos semanas consecutivas en el turno de la mañana de 7:00am a 12:00pm, específicamente a los adultos de ambos géneros que asistían a las consultas de nutrición.

bdigital.ula.ve

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener información, como la observación directa, encuestas en sus dos modalidades (entrevista y cuestionario), análisis documental, entre otros. Mientras que los instrumentos que se emplean para la recolección y almacenamiento de información como lo son las fichas, formatos de cuestionarios, guías de entrevistas, lista de cotejo, grabadores, entre otros (Arias, 2006).

Para determinar el estado nutricional se utilizó el método del Índice de Masa Corporal (IMC) el cual se define como un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar la obesidad en adultos (OMS, 2015). Las medidas antropométricas (peso y talla) de cada paciente fueron tomadas mediante una balanza Health o Meter profesional de la Consulta de Nutrición; se

calculó el IMC dividiendo el peso en kg entre la talla en m², tomando los parámetros de la OMS.

Criterios para definir y clasificar la Obesidad según el IMC (OMS)	
VALORES LIMITES DEL IMC (KG/M ²)	
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 39,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	> 40

Tabla 1. Clasificación del IMC según la OMS

Si el IMC era superior o igual a 30 kg/m², se procedía a entregar el test auto administrado, para el diagnóstico del síndrome del comedor nocturno según los criterios de la enfermedad planteados por Sturhkard (1955) y Birketveldt (1999)

Tomando como base un modelo aplicado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania, el cual fue traducido al español por Perozo en el 2012, el instrumento consta de 14 ítems que van de 0 a 4 puntos, los cuales están en relación con los síntomas principales de la enfermedad, dado por despertares nocturnos, ingesta de alimentos por la noche, anorexia matutina. Dichos ítems suman una puntuación total de 56 puntos cuya interpretación se tomaron como corte el valor de la prueba a todos los que presentaron puntajes superiores o iguales a 20 puntos.

Al entrar los pacientes con obesidad a la consulta nutricional, se les aplicó el recordatorio de 24 h para evaluar sus hábitos alimentarios.

finalmente los datos arrojados, se analizaron cuantitativamente mediante operaciones de estadística descriptiva, es decir implementando tablas y gráficas de

distribución en porcentajes, usando el programa IBM SPSS Statistics 20 para sus posterior análisis e interpretaciones de los datos obtenidos, permitiendo así una presentación de manera sencilla, explicativa, clara y ordenada de los resultados, complementando la investigación con el diseño de una lista de cotejo como instrumento de recolección de datos de la técnica de la observación directa.

bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

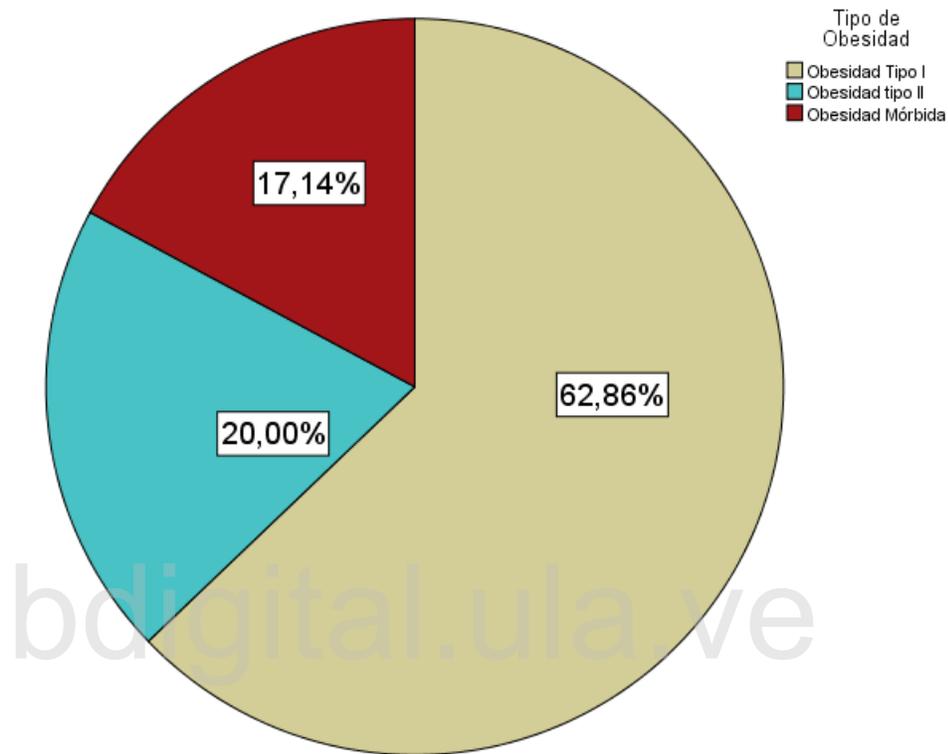


Gráfico 1 Distribución porcentual de la muestra, según tipo de obesidad

El gráfico 1 refleja la clasificación de la Obesidad en la muestra estudiada, donde el 62,9% de ellos tienen obesidad grado I debido a que el IMC se encuentra en un rango de 30-34,9 kg/m² conformado por 22 sujetos; en cuanto a la obesidad grado II son el 20 % de ellos que tienen un IMC en un rango de 35-39,9 kg/m² conformado por 7 sujetos y por último la obesidad mórbida está representada por el 17,1%, los mismos muestran un IMC ≥ 40 , tomando como referencia la clasificación de la OMS.

A nivel mundial en el 2014, más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 eran obesos (OMS, 2015). Venezuela se sitúa en el tercer lugar con mayor obesidad en Latinoamérica para el 2011, después de Brasil y México, según datos de la OMS.

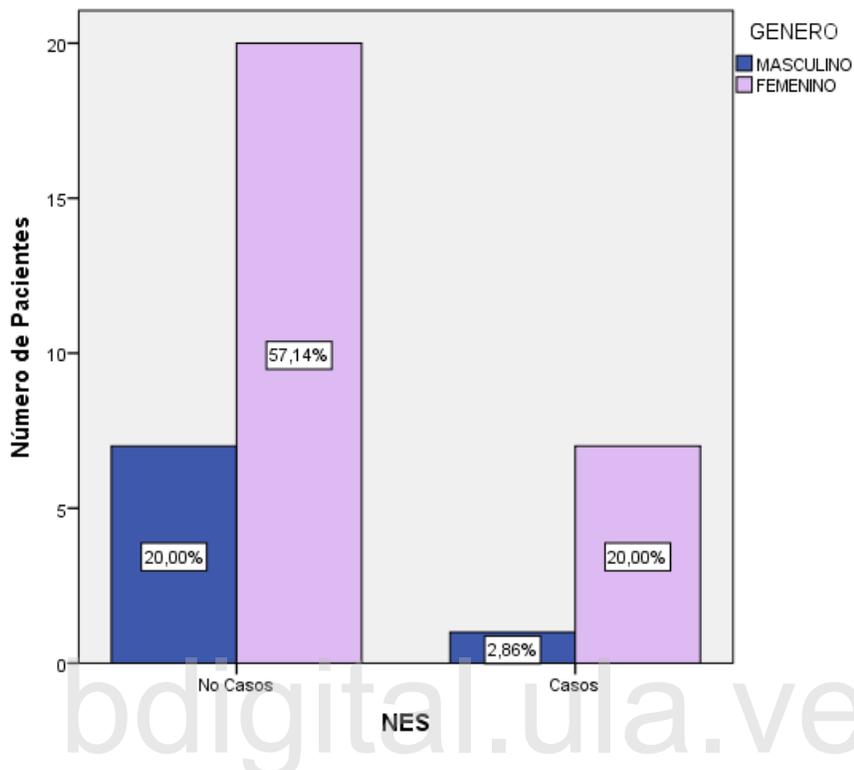


Gráfico 2. Pacientes con el síndrome del comedor nocturno según el género.

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

En el gráfico 2 de acuerdo al resultado analizado de las 35 encuestas, los pacientes que asisten al ambulatorio urbano tipo I La Mara; que presentan el Síndrome del Comedor Nocturno, son el 22,9% es decir 8 personas presentan el síndrome (NES). Perozo atribuye que, de su población adolescente el 14% presento el síndrome siendo este resultado no significativo. Cabe la acotación que el estudio de Perozo fue en una población adolescente obesa, mientras que este estudio realizado fue en pacientes adultos obesos, de tal manera que existe mayor prevalencia adultos obesos que en adolescentes obesos.

Por otra parte, según los géneros, se refleja que el 20% (7) son del sexo femenino. Mientras que 2,9% (1) es del sexo masculino con el síndrome del comedor

nocturno. Lo que nos representa que la mayor presencia del síndrome son mujeres, coincidiendo con Ellenberg et al., 2006 que indica en su revisión titulada Síndrome de Comedor Nocturno: un nuevo trastorno, que este Síndrome es más frecuente en mujeres (66%), y su causa se desconoce.

Es importante aclarar que no todos los pacientes obesos (con un índice \geq a 30 kg/m²) tienen este síndrome, en este estudio 8 personas obesas presentaron las características para este trastorno.

Tabla 1. Síndrome del comedor nocturno según el tipo de obesidad

NES	TIPO DE OBESIDAD						TOTAL	
	OBESIDAD I		OBESIDAD II		OBESIDAD MÓRBIDA			
	N	%	N	%	N	%	N	%
NO CASOS	16	45,7	6	17,1	5	14,3	27	77,1
CASOS	6	17,1	1	2,9	1	2,9	8	22,9
TOTAL	22	62,9	7	20,0	6	17,1	35	100

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

La tabla 1 muestra el síndrome del comedor nocturno de acuerdo al tipo de obesidad según la OMS, en la muestra estudiada. El 62,9% de ellos tienen obesidad grado I de los cuales es el 17,1% quienes presentan el síndrome; en cuanto a la obesidad grado II del 20% se observa que solo el 2,9% de ellos poseen el síndrome y por último la obesidad mórbida está representada por el 17,1% de los cuales el 2,9% presenta el mismo (NES).

Teniendo en cuenta que la esperanza de vida según la OMS para el año 2013 es de 72/82 años, siendo la obesidad una enfermedad que acorta la expectativa de vida del venezolano, de tal modo que no puede establecerse en la obesidad mórbida una predicción razonable; las personas con obesidad tipo II cuyo peso es superior al 30%

de lo normal pueden ver reducida esta expectativa a la mitad, mientras que los obesos tipo I con un 20% de excedente de peso pueden vivir aún más. Por otra parte la obesidad provoca complicaciones con otras patologías y viene dada con factores desencadenantes a nivel genético, familiar, psíquico y metabólico (Braier, 1985)

Tabla 2. Anorexia matutina según hora de primera ingesta en el día

TIENEN HAMBRE EN LA MAÑANA	HORA DE PRIMERA INGESTA DEL DÍA							
	ANTES DE LAS 9:00AM		9:00AM- 12:00M		DESPUES DE LAS 6:00PM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NADA	1	2,9	3	8,6	1	2,9	5	14,3
POCO	2	5,7	4	11,4			6	17,1
ALGO	3	8,6	1	2,9			4	11,4
MODERADAMENTE	7	20	5	14,3			12	34,3
MUCHO	6	17,1	2	5,7			8	22,9
TOTAL	19	54,3	15	42,9	1	2,9	35	100

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

En la tabla 2 se realizó una comparación; determinando anorexia matutina, relacionando dos preguntas de la encuesta, siendo esta si generalmente tenían hambre en las mañanas respecto a la hora que come por primera vez en el día. En cuanto a los resultados obtenidos el 11,4 % (4) de los pacientes con obesidad poseen anorexia matutina, estudios realizados por Perozo, 2012 existe la prevalencia del NES en un 14% teniendo en cuenta que uno de los criterios de inclusión es la anorexia matutina. La anorexia matutina según Stunkard et al en 1955 es definida como la falta de necesidad de comer en la mañana, son pocos los estudios relacionados con el NES; la anorexia matutina junto a la obesidad es un aumento gradual a partir de la década de 1990.

Tabla 3. Hiperfagia nocturna según la cantidad de alimentos que diariamente consume en el día.

IMPULSOS DE COMER BOCADILLOS	% DE ALIMENTOS CONSUMIDOS EN RELACION AL TOTAL DEL DIA									
	0%		1%- 25%		25%- 50%		50%- 75%		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NADA	9	25,7	5	14,3	3	8,6			17	48,6
POCO	0		1	2,9	1	2,9			2	5,7
ALGO	1	2,9	4	11,4					5	14,3
MUCHISIMO	1	2,9	5	14,3			1	2,9	7	20
EXTREMADAMENTE	3	8,6			1	2,9			4	11,4
TOTAL	14	40	15	42,9	5	14,3	1	2,9	35	100

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

Es importante señalar que las personas que se restringen continuamente en su alimentación debido al miedo a subir de peso, llamados comedores restringidos o dietantes crónicos (DC), recurren a la sobrealimentación como un mecanismo de autorregulación emocional frente a situaciones emocionalmente intensas que les generan ansiedad (Da Silva, 2015).

En la siguiente tabla se observó una de las características del Síndrome del Comedor Nocturno como es la Hiperfagia Nocturna, a través de impulsos de comer bocadillos (pasteles, pan, tortas, entre otros) después de la cena, pero antes de acostarse, en relación al total de alimentos consumidos en el día. El 31,4% respondieron mucho y extremadamente en tener impulsos de comer bocadillos después de la cena.

Asimismo, del 14,3% de los sujetos el 8,6% comen de una cuarta parte hasta la mitad de los alimentos consumidos al día sin presentar impulsos de comer bocadillos.

El resultado más resaltante, es un paciente que tiene deseos de consumir bocadillos, después de la cena. Siendo del 50 al 75% lo que come con respecto a los alimentos consumidos durante el día.

Según Birketvedt, 1955 citado en Chinchilla, Padín y García, 2014 los pacientes con NES se asocian a anomalías neuroendocrinas que incluyen una elevación atenuada de la leptina, la cual activa los mecanismos hipotalámicos conducentes a aumentar la ingesta y a disminuir el gasto (Vidal y Rodríguez, 2014).

Tabla 4. Personas con síntomas de depresión según hora del día.

DEPRIMIDO	HORA										TOTAL	
	TEMPRANO		MITAD DE MAÑANA		TARDE		NOCHE		NO ESTA DEPRIMIDO			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
NADA					1	2,9			19	54,3	21	60
UN POCO			1	2,9	2	5,7	1	2,9			4	11,4
ALGO			2	5,7	1	2,9					3	8,6
MUCHÍSIMO	2	5,7	1	2,9	3	8,6					6	17,1
EXTREMADAMENTE					1	2,9					1	2,9
TOTAL	2	5,7	4	17,1	6	17,1	2	5,7	19	54,3	35	100

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

La ansiedad y depresión constante puede manifestarse externamente de diferentes maneras y con particularidades en cada individuo, tales como dificultad

para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas para dormir, sobrealimentación, entre otras (Silva, 2007).

En la tabla 4 se manifiestan los pacientes que presentan depresión, en la cual 17,1% manifestaron estar muy deprimidos, en su mayoría suelen estarlo e horas de la tarde. Del mismo modo 17,1% se deprimen a la mitad de la mañana del cual 2,9% se sienten muy deprimidos.

Alrededor del 50% de las mujeres y el 30 % de los hombres con obesidad sufren rasgos de personalidad en los que se incluyen rasgos depresivos, ansiosos, pesimistas, evitativos y alexitímicos (Chinchilla, Padín y García, 2014).

Aunque la depresión no ha sido incluida dentro de los criterios diagnósticos del NES se ha asociado con el mismo (Gluck, Geliebter y Satov, 2001 citado en Ellenberg et all, 2006).

En este estudio el 40% de los pacientes manifiestan tener depresión coincidiendo con el estudio de Allison, Stunkard y Thier, 2004 citado en Ellenberg et all, 2006 donde aproximadamente el 45% de los pacientes con NES han manifestado episodios de depresión mayor en algún momento de su vida y un 30% adicional ha experimentado alguna forma de depresión.

Tabla 5. Insomnio según la frecuencia en que se levantan por la noche

FRECUENCIA CON LA QUE SE LEVANTAN EN LA NOCHE												
INSOMNIO	NINGUNO		MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA		ALREDEDOR DE 1 VEZ A LA SEMANA		MAS DE 1 VEZ A LA SEMANA		TODAS LAS NOCHES		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NUNCA	9	25			2	5,7	1	2,9	3	8,6	15	42,9
A VECES	2	5,7			1	2,9	4	11,4	3	8,6	10	28,6
ACERCA DE LA MITAD DEL TIEMPO	2	5,7					2	5,7	1	2,9	5	14,3
POR LO GENERAL	1	2,9	1	2,9	1	2,9					3	8,6
SIEMPRE							2	5,7			2	2,9
TOTAL	14	40	1	2,9	4	11,4	9	25,7	7	20	35	100

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

En la tabla 5. Se muestra datos relevantes con respecto al insomnio, del 20% del total de los encuestados un 8,6% de personas se levantan todas las noches y a veces tienen problemas para conciliar el sueño. Por otro parte del 14,3% del total de encuestados se presentó un 5,7% de personas que manifiestan insomnio acerca de la mitad del tiempo y se levantan con frecuencia más de 1 vez a la semana.

Según Gluck, Geliebter y Satov, 2001 citado en Villaseñor, Ontiveros y Cardenas 2006, el NES varía y parece incrementar con la severidad de la obesidad y ha sido relacionado con estrés vital, psiconeuroticismo, depresión, humor bajo, y reacciones adversas a la pérdida de peso. En estos pacientes con TCA, también se concluyó que padecían anorexia matutina e hiperfagia vespertina (después de las 7 pm), y trastornos para conciliar el sueño, o mantenerlo.

Tabla 6. Formula Dietética obtenida del promedio del grupo estudiado con el síndrome del comedor nocturno en el Ambulatorio Urbano tipo I la Mara

FORMULA DIETETICA	Gr/kg/día	Gr	Kcal	%
PROTEINAS	1	88	354	9,8
GRASAS	1,5	128	1055	32
CHO(g)	6	525	2101	58,2
TOTAL			3610	100

Fuente: Propia

De acuerdo al recordatorio de 24 horas que se tomó de la media del grupo estudiado con el Síndrome del Comedor Nocturno, con un peso promedio de 89 kg., edad 47 años y talla 1.59 m. de las 35 personas. Se calculó las calorías ingeridas de un día, para determinar la fórmula dietética y observar los hábitos alimentarios; siendo estos de mayor porcentaje en el consumo de carbohidratos refinados y productos de pastelería junto a la ingesta de grasas saturadas y frituras, mientras que el mínimo consumo de proteínas en un 9,8%.

Tabla 7. Formula Dietética requerida para un paciente con obesidad según el libro Obesidad un enfoque Multidisciplinario

FORMULA DIETETICA	Gr/kg/día	Gr	Kcal	%
PROTEINAS	1.1	100	400	15
GRASAS	1	89	801	30
CHO(g)	4,12	367	1469	55
TOTAL			2670	100

Fuente: Propia

Para obtener el manejo dieto terapéutico del paciente con obesidad se tomó peso promedio de 89 kg., edad 47 años y talla 1.59 m. de las 35 personas. Se empleó el cálculo de la formula dietética según Vargas en el 2010, aplicando una reducción de 1000 calorías, una distribución de grasa en un 30% y los hidratos de carbono cubren un 55% del VCT. También un 15 % de proteínas, y así tener como resultado una formula dietética requerida para este tipo de pacientes con obesidad y trastornos alimentarios (NES).

Tabla 8. Formula Dietética obtenida del promedio del grupo estudiado con el síndrome del comedor nocturno en el Ambulatorio Urbano tipo I la Mara

FORMULA DIETETICA	XKCAL	FD.OBT%	FD.RQ%
PROTEINAS	377	9,8	15
GRASAS	928	32	30
CHO(g)	1785	58,2	55
TOTAL	3090	100	100

Fuente: Propia

En la tabla 8 al relacionar la formula dietética obtenida de la media del grupo estudiado con el Síndrome del Comedor Nocturno podemos observar que los macro nutrientes varían en sus porcentajes con respecto a la requerida según el libro Obesidad un enfoque Multidisciplinario, por lo que la nomenclatura de la dieta en este caso debe ser h perproteica e hipocalórica para mejorar la calidad de vida en estos pacientes. El promedio de calorías se obtuvo de la formula dietética de la media del grupo estudiado con el Síndrome del Comedor Nocturno y la suma de la calorías de la formula dietética requerida entre dos. Con un total de 3090 calorías promedio para estos pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De la muestra de los pacientes adultos con obesidad que asisten a la consulta nutricional del ambulatorio urbano tipo I La Mara se puede concluir que existe prevalencia poco significativa del NES.

Se observó, que la obesidad tipo I es la más predominante en esta muestra, del mismo modo el NES se encuentra en mayor proporción en este tipo de obesidad.

Con relación a las características del NES fueron identificadas: Anorexia matutina, Hiperfagia nocturna, Insomnio y Depresión, aunque esta última no está incluida dentro de los criterios de este trastorno, se encuentra muy relacionada con este.

Por último, esta población refleja, malos hábitos de alimentación debido al alto consumo de azúcares refinados y de grasas saturadas, así como bajo consumo de proteínas de alto valor biológico, de igual manera bajo consumo de vegetales y fibras.

Recomendaciones

- ✓ A nivel institucional y a nivel de consulta nutricional es de gran importancia, establecer programas de educación nutricional y aplicar el instrumento a modo de despistaje de trastornos de la conducta alimentaria en los pacientes con obesidad, de esta manera darles a conocer los diferentes factores que influyen sobre su peso y en consecuencia en su salud y bienestar. Es fundamental, que el profesional de nutrición evalúe las condiciones psiquiátricas del paciente obeso, antes de implementar cualquier tratamiento nutricional y terapéutico.
- ✓ Es importante, trabajar en un equipo médico que este conformado por el especialista en nutrición, psicólogos, psiquiatras, médicos, entre otros, con el fin de establecer las medidas pertinentes en el tratamiento y bienestar de estos pacientes.
- ✓ Se sugiere, establecer medidas preventivas en cuanto a obesidad, debido a la alta tasa mundial de este problema.
- ✓ Su tratamiento nutricional, debe ser sin restricciones complejas de alimentos.
- ✓ No solo implementar un plan de alimentación, sino también impartir mediante la educación nutricional hábitos alimentarios saludables y cambios en el estilo de vida como modelos o esquemas a seguir.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, F. (1999). En El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración 3ª Edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Arias, F. (2006). En El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración 5ª Edición. Caracas: Editorial Episteme
- Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. (2001). Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc*;101: 102-4.
- Ayela, R. (2009). *Obesidad: Problemas y Soluciones*. Alicante: Editorial Club universitario
- Balestrini, M. (2002). Como se Elabora un Proyecto de Investigación. Caracas: BL Consultores Asociados.
- Braier, L., (1985). *Obesidad. Fisiopatología y Clínica de la Nutricion* (336). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Centro de Atención Nutricional Infantil Antimano [CANIA]. (2009). *Nutrición en Pediatría*. 2ª edición. Empresa Polar. Caracas, Venezuela.
- Chagnon Y., Rankinen T. y Zinder, E. (2003). *The human obesity gene map: the 2002 update*. *Obes Res*, 11: 313-67.
- Chinchilla, A., Padín, J. y García, L. (2014). *Obesidad Psiquiátrica*. En, G. Morandé, M. Graell y M. Blanco. (Eds.), *Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral* (pp. 519-523). Panamericana: Madrid.
- Da Silva, G. (2015). Aspectos Psicológicos en la Obesidad. En, Y, Quintero, (Comp.), *Obesidad consideraciones actuales sobre el problema*, (pp. 79-88). República Bolivariana de Venezuela: Editorial Universidad de los Andes.
- Ellenberg C., Verdi B., Ayala L., Ferri C., Marcano Y. y Vivas J. (2006) Síndrome de comedor nocturno: un nuevo trastorno de la conducta alimentaria. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 1. Consultado en marzo 2015. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522006000100006
- Errandonea, I. (2012). Obesidad y Trastornos de la alimentación. *Revista Médica Clínica Condes*, 2, 165-171
- Farias, A. (2006). *El Proyecto de Investigación*. Editorial Episteme: Caracas.
- Ferrari, M. (2013). Estimacion de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. Julio, 2015, de Scielo Sitio web: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v31n143/v31n143a04.pdf>

- Gallo, J. (2011). *Trastornos de la alimentación síndrome del comedor nocturno*. Consultado en octubre 2014. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69361>
- Gibson RS. Principles of nutritional assessment. 2nd Ed. Oxford University Press, 2005:41-49
- Hernández, Y. (1995). *Manual para simplificar la evaluación nutricional antropométrica en adultos*. Caracas.
- Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. (1996) Eating disturbances before and after a vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord*; 19: 23-34.
- Keel P. (2007). *Purging disorder: Subthreshold variant or full-threshold eating disorder?* *Int J Eat Disord* , 40 suppl:89-94.
- Küçüköncü, S. y Beştepe, E. (2014). Night Eating Syndrome in Major Depression and Anxiety Disorders. *Archives of Neuropsychiatry*, 51, 368-375. Consultado en noviembre, 2015 disponible en: <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/425/buyuk/368-375e.pdf>
- Larrañaga A. y García-Mayor R. (2009). *Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas*. *Nutr. Hosp.* 24(6):661-666.
- Lundgren, J., Allison, K., Crow, S., O'Reardon, J., Berg, K., Galbraith, J., San Martino, N. y Stunkard, A. (2006). Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population. *Am J Psychiatry*, 163, 156-158. Extraído el 2 de septiembre del 2015, en: <http://cas.umkc.edu/psychology/research/roo/psych%20clinic.pdf>
- Márquez, J. y Contreras, E. (2013). *Ansiedad en Personas con Sobrepeso*. Tesis para optar el título de Psicólogas, Escuela de Psicología, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
- Martínez, A. (2014). *Nutrición saludable frente a la Obesidad*. España: Panamericana.
- Moreno, B., Monereo, S. y Alvarez, J. (2013). *Obesidad: La Epidemia del Siglo XXI* (2ª Ed.). Madrid, editorial: Díaz de Santos.
- Núñez, R., Peña, A., Pacheco, B., Sánchez, M. y Rivera, M. (2006). Obesidad en Pacientes Adultos del Municipio Sucre del Estado Miranda. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 2. extraído el 15 diciembre 2014. En: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-02642006000200005&script=sci_arttext
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Consultado en junio 2015. Documento en línea <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Palou A., Bonet M., Rodríguez A. (2001). *El sistema de control del peso corporal y la obesidad a la luz de la tecnología de transgénicos*. *Nutrición y Obesidad*. 4: 221-51.
- Pérez, A., López, V. y Culebras, J. (2013). *Nutrición y obesidad*. En *Tratado de nutrición tomo IV Nutrición Clínica (418-443)*. España: Panamericana.
- Perozo, J. (2012). *Síndrome del Comedor Nocturno en Adolescentes Obesos*. Tesis para optar al título de Magister Scientiarum en Administración del Sector Salud Mención: Epidemiología.
- Ricca, V., Manucci E., Mezzani B., y Di Bernardo. (2001). *Psychopatological and clinical features of outpatients with an eating disorder not otherwise specified*. *Eat Weight disorder*, 6(3):157-65.
- Sánchez-Castillo, C., A.Berber; E.; Pichardo-Ontiveros, A.; Esteves- Jaramillo; A. Lara; O, Velázquez-Monroy & W. P. James. (2002). *Fisiopatología de la obesidad. Capítulo 5 en obesidad. Epidemiología, fitopatología y manifestaciones clínicas*. México: El Manual moderno.
- Sandoval, M. (2010). *Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico*. En *Obesidad Un Enfoque Multidisciplinario(145-155)*. México: Ciencia Al Día.
- Seguel, M (2013). *Trastornos del sueño en trastornos de ánimo y de la conducta alimentaria*. *Rev. Med. Clinc. CONDES.24*, 487-493. Consultado en diciembre 2014 Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/15-Dr.Seguel.pdf.
- Sjostrom C., Lissner L., y Bedel, H. (1999). *Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention*. *Obes Res*, 7: 477.
- Sjostrom, L., Lindroos A., y Peltonen M. (2004). *Diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery*. *N Engl J Me*; 351: 2683.
- Steinhausen, HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1284
- Treasure, J., Claudino, A. y Zucker, N. (2011). *Eating Disorders*. *Lancet*, 375, 583-593
- Vargas, N., (2010). *Tratamiento nutricional del paciente con obesidad*. En *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario(187-198)*. Mexico: Ciencia al día.

- Vidal, A. y Rodriguez, C. (2014). Obesidad y Síndrome Metabólico. En, P. Farreras y C. Rozman. (Eds.), *Metabolismo y Nutrición Endocrinología* (pp 110-116). Elsevier: Barcelona
- Villaseñor, S., Ontiveros, C. y Cardenas, K. (2006). Salud mental y Obesidad. *Medigraphic Artemisa en línea*, 2, 86-90. Consultado en julio 2015. Disponible en: http://scholar.google.co.ve/scholar?q=el+insomnio+en+trastornos+de+conducta+alimentaria+en+pacientes+obesos&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1
- Willett W. Nutritional Epidemiology. 2nd Ed. Oxford University Press, 1998:50-73
- World Health Organization. (1998). Obesity: Preventing and Managing the global epidemic. Geneva: WHO
- Zirolto, D., Leal, T., Salado, G., Franca, A. y Araújo, A. (2010). Prevalencia da Síndrome do Comer Noturno em Universitárias. *Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica*, 5. Consultado en noviembre 2015. Disponible en: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/quin_mostra/debora_fernanda_zirolto.pdf

bdigital.ula.ve

bdigital.ula.ve

Anexos

Anexo 1. Cuestionario para el diagnóstico del síndrome del comedor nocturno

Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard
AJ: Night eating syndrome among nonobese persons

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Centro para el Peso y Trastornos de la alimentación

CUESTIONARIO SÍNDROME DEL COMEDOR NOCTURNO

Por favor, conteste todas las preguntas siguientes:

Nombre:

E-mail:

Número de teléfono:

Ciudad:

Estado / Municipio

País:

Género: Masculino
 Femenino

Edad:

Edad cuando el peso se convirtió
en un problema:

Altura: mts.

Peso actual: Kg.

Cuál es el Mayor peso que has tenido: Kg.

1. Generalmente tienes hambre en la mañana?

Nada poco Algo Moderadamente Mucho

2. A qué horas comes por lo general por primera vez en el día?

Antes de 9 a.m. 9:01 am a 12:00 pm 12:01 pm a 3:00 pm
3:01 pm a 6:00 pm Después de las 6 pm

3. ¿Tiene deseos o impulsos de comer bocadillos (pasteles, tortas, pan etc) después de la cena, pero antes de acostarse?

Nada Un poco Algo Muchísimo Extremadamente

4. ¿Qué tanto control tienes sobre tu alimentación entre la cena y la hora de dormir?

Ninguno en absoluto Un poco Algo Muchísimo Extremadamente

5. ¿Qué cantidad de alimentos usted diariamente consume *después* hacer la cena, en relación al total de alimentos consumidos en todo el día?

0% 1 - 25% 25 - 50% 50 - 75% 75-100%
(Ninguno) (una cuarta parte) (Aprox. La mitad) (Más de la mitad) (Todos)

6. ¿Actualmente se siente triste o deprimido?

Nada Un poco Algo Muchísimo Extremadamente

7. ¿A qué hora del día se siente triste o deprimido?

Temprano en la Mañana a mitad de mañana Tarde a final de la tarde
Tarde en la noche / Noche Marque aquí si no cambia el estado de ánimo durante el día.

8. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para conciliar el sueño (lograr iniciar o mantener el sueño)?

Nunca A veces Cerca de la mitad del tiempo Por lo general Siempre

9. Aparte de sólo ir al baño, ¿cuántas veces te levantas al menos una vez durante la noche?

Ninguno en absoluto Menos de una vez a la semana

Alrededor de una vez a la semana Más de una vez a la semana todas las noches

10. ¿Tiene deseos o impulsos de comer bocadillos cuando te despiertas por la noche?

Nada poco Algo Muchísimo Extremadamente

Marque aquí si no se despiertan por la noche.

11. ¿Sientes la necesidad de comer para volver a dormirse cuando te despiertas por la noche?

Nada Un poco Algo Muchísimo Extremadamente

Marque aquí si no se despiertan por la noche.

12. Cuando usted se levanta durante la noche, cuántas veces merienda?

Nunca A veces Cerca de la mitad del tiempo Por lo general,

Siempre Marque aquí si no se despiertan por la noche.

13. Cuando meriendas a la mitad de la noche, ¿estás consciente que es parte de tu alimentación?

Nada Un poco Algo Muchísimo Completamente

Marque aquí si no comes bocadillos durante la noche.

14. ¿Cuánto control que tiene sobre el tiempo que utilizas para comer en la noche?

Ninguno en absoluto Un poco Algunos Muchísimo Completo

Marque aquí si no comes bocadillos durante la noche.

Anexo 2. Recordatorio de 24 horas

RECORDATORIO DE 24 HORAS.

FECHA: _____ FAMILIA N°: _____

CASA N°: _____

PLAN DE ALIMENTACIÓN:

DESAYUNO: (Hora: _____)

Alimentos	Preparación	M.P	Cantidad

MERIENDA: (Hora: _____)

Alimentos	Preparación	M.P	Cantidad

ALMUERZO: (Hora: _____)

Alimentos	Preparación	M.P	Cantidad

MERIENDA: (Hora: _____)

Alimentos	Preparación	M.P	Cantidad

CENA: (Hora:)

Alimentos	Preparación	M.P	Cantidad

Anexo 3. Tabla N° 01. Personas que tienen el síndrome del comedor nocturno según el género en el ambulatorio urbano tipo I La Mara

bdigital.ula.ve

NES	GENERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
	N	%	N	%		
No casos	7	20,0%	20	57,1%	27	77,1%
Casos	1	2,9%	7	20,0%	8	22,9%
TOTAL	8	22,9%	27	77,1%	35	100%

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015

Anexo 4. Tabla N° 02. Tipo de obesidad presente en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara

TIPO DE OBESIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad I	22	62,9%
Obesidad II	7	20,0%
Obesidad mórbida	6	17,1%

Fuente: Encuesta sobre el síndrome del comedor nocturno en los pacientes del ambulatorio urbano tipo I La Mara, Mérida Venezuela, 2015.

bdigital.ula.ve