

Original

Valoración diagnóstica y psicopatológica del trastorno por atracón en obesos mórbidos intervenidos de bypass gástrico

E. García Díaz¹, T. Martín Folgueras², L. Morcillo Herrera² y A. Jiménez Sosa³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Dr. José Molina Orosa. Lanzarote. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ³Unidad Mixta de Investigación. Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

Resumen

Introducción: La presencia de trastorno por atracón (TA) podría influir en los resultados del bypass gástrico laparoscópico (BPGL) en el tratamiento de la obesidad mórbida. En población anglosajona, el TA suele valorarse mediante los cuestionarios Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) y Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R).

Objetivos: Estudiar la validez y concordancia del EDE-Q y QEWP-R para el diagnóstico y valoración psicopatológica del TA en población española con obesidad mórbida intervenida mediante BPGL.

Métodos: En un estudio transversal se le ha solicitado a 27 obesos mórbidos recién intervenidos mediante BPGL que cumplimentaran el EDE-Q y QEWP-R traducidos al español. Según las respuestas se han identificado los pacientes con y sin TA, evaluando posibles diferencias entre estos grupos en los ítems con interés psicométrico y midiendo la concordancia entre ambos cuestionarios.

Resultados: El QEWP-R permitió diagnosticar un 25,9% de TA y el EDE-Q un 18,5%. Los pacientes con TA tuvieron mayores puntuaciones en los ítems sobre la importancia del peso o figura en la autovaloración, la interferencia en la capacidad de concentración por pensar en la comida, silueta o peso y la frecuencia del sentimiento de culpa después de comer. Entre ambos cuestionarios la concordancia diagnóstica fue escasa, pero se encontró una asociación fuerte entre los ítems con interés psicométrico.

Conclusiones: El TA es frecuente en obesos mórbidos intervenidos mediante BPGL y forma un subgrupo de pacientes con más alteraciones psicopatológicas. El QEWP-R y el EDE-Q en español son cuestionarios adecuados para su valoración.

(Nutr Hosp. 2012;27:553-557)

DOI:10.3305/nh.2012.27.2.5593

Palabras clave: Trastorno por atracón. Evaluación psicológica. Obesidad mórbida. Bypass gástrico.

Correspondencia: Eduardo García Díaz.
Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Dr. José Molina Orosa.
C/Las Cruces, 6.
38320 La Laguna. Tenerife. España.
E-mail: eduardogd@terra.es

Recibido: 6-XI-2011.
Aceptado: 22-XI-2011.

DIAGNOSTIC AND PSYCHOPATHOLOGIC EVALUATION OF BINGE EATING DISORDER IN GASTRIC BYPASS PATIENTS

Abstract

Introduction: The presence of binge eating disorder (BED) can influence the outcomes of laparoscopic gastric bypass (BPGL) in the treatment of morbid obesity. In English population, BED is assessed usually through the Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) and Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R).

Objectives: To study validity and concordance of EDE-Q and QEWP-R for diagnosis and psychopathologic assessment of BED in Spanish gastric bypass patients.

Methods: In a cross sectional study 27 recent gastric bypass patients completed Spanish version of EDE-Q and QEWP-R. Then patients were classified in BED or no BED. We evaluated possible differences between these groups in the items with psychometric relevance and we measure concordance between the questionnaires.

Results: The QEWP-R and EDE-Q identified respectively 25,9% and 18,5% patients with BED. These achieved higher scores in the items related to importance of weight or shape in self-assessment, interference in concentration because of thinking about food, shape or weight, and frequency of guilty feeling after eating. Diagnostic concordance was poor between questionnaires, but we found a strong relation between items with psychometric relevance.

Conclusions: BED is frequent in gastric bypass patients and constitute a distinct subgroup of patients with more severe psychopathology. Spanish version of QEWP-R and EDE-Q are suitable questionnaires for assessment of BED.

(Nutr Hosp. 2012;27:553-557)

DOI:10.3305/nh.2012.27.2.5593

Key words: Binge eating disorder. Psychological evaluation. Morbid obesity. Gastric bypass.

Abreviaturas

BPGL: Bypass gástrico por vía laparoscópica.

ECV: Enfermedad cardiovascular.

EDE-Q: Eating disorder examination-questionnaire.

IMC: Índice de masa corporal.

NTA: Sin trastorno por atracón o con menos de 1 atracón a la semana.

QEWP-R: Questionnaire on eating and weight patterns-revised.

SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño.

SHO: Síndrome de hipoventilación obesidad.

TA: Trastorno por atracón.

Introducción

El bypass gástrico por vía laparoscópica (BPGL), en pacientes obesos mórbidos adecuadamente seleccionados, trae consigo muy buenos resultados cuando se valora de forma conjunta la reducción de sobrepeso, la resolución de comorbilidades y el aumento de la calidad de vida de los sujetos intervenidos, con unos índices de complicaciones aceptables¹. La adecuada selección de los candidatos a BPGL requiere conocer los predictores de resultados de esta técnica quirúrgica. Se ha propuesto que uno de estos predictores podría ser la presencia, preoperatoria o postoperatoria, de ciertos trastornos de la conducta alimentaria, como el trastorno por atracón (TA).

En la última clasificación DSM-IV se recogen los criterios diagnósticos de TA: episodios recurrentes de atracones durante 6 meses, con una sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio y con un profundo malestar al recordar los atracones. Estos se caracterizan por la ingesta en un corto periodo de tiempo de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares, y no se acompañan de estrategias compensadoras inadecuadas (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo). Los obesos con TA forman un subgrupo con más alteraciones psicopatológicas, más prevalencia de trastornos del humor, mayor impulsividad y mayor insatisfacción corporal². La psicopatología de los pacientes con 1 episodio de atracón a la semana (forma "subclínica") es similar a la de aquellos con al menos 2 episodios a la semana (forma "clínica")³.

La prevalencia de este trastorno en pacientes candidatos a BPGL varía ampliamente de un artículo a otro. En el caso del TA "clínico", se han publicado cifras del 17% y 48% en estudios con cuestionarios, y entre 4-47% con entrevistas. El TA "subclínico" se detecta en el 22% y 48%, al usar cuestionarios, y entre el 14-52%, al emplear entrevistas⁴. El amplio rango de las tasas de prevalencia observadas entre publicaciones se relaciona con diferencias en los métodos de valoración, métodos de reclutamiento, tamaños muestrales y tipo de procedimiento quirúrgico. La literatura ha considerado cuestionarios de referencia para la valoración del TA el Eating Disorder Examination-Questionnaire

(EDE-Q)⁵ y el Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)⁶. Ninguno de estos cuestionarios ha sido aún probado en población española candidata a BPGL.

Los objetivos del presente trabajo han sido: 1) En una muestra de obesos mórbidos de nuestro medio ingresados para intervenir mediante BPGL, describir el porcentaje de los mismos con TA según el QEWP-R y el EDE-Q, midiendo la concordancia diagnóstica entre ambos cuestionarios. 2) Evaluar los rasgos psicopatológicos de estos pacientes, estudiando también la concordancia entre los indicadores con interés psicométrico del QEWP-R y del EDE-Q.

Métodos

Se ha efectuado un estudio observacional, prospectivo, transversal y abierto con 27 pacientes obesos mórbidos intervenidos mediante BPGL por el mismo equipo quirúrgico, entre abril de 2010 y junio de 2011, en el Hospital Universitario de Canarias, cuya área geográfica de referencia es el norte de la isla de Tenerife y La Palma. Previamente a la intervención quirúrgica, los pacientes fueron atendidos en la Consulta de Nutrición de este mismo Hospital, con el fin de evaluar el peso y la talla, revisar las comorbilidades y comprobar que los pacientes cumplían las indicaciones para cirugía bariátrica propuestas por la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad en el año 2003⁷: 1) Índice de masa corporal (IMC) ≥ 40 kg/m², o IMC ≥ 35 kg/m² si asociaban comorbilidades mayores: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad cardiovascular (ECV), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) / síndrome de hipoventilación obesidad (SHO), osteoartropatía grave. El IMC se calculó dividiendo el peso medido en kilogramos entre la talla al cuadrado medida en metros. 2) Fracaso del tratamiento conservador supervisado. 3) Perfil psicológico adecuado.

Al tercer día de la intervención quirúrgica, y previa solicitud de consentimiento informado, a cada paciente se le invitaba a cumplimentar los siguientes cuestionarios traducidos al español, aclarando cuántas dudas pudieran surgir en su interpretación:

El QEWP-R (Spitzer, Yanovski, Marcus, 1993). Consta de 28 ítems mediante los cuales se valora la presencia de episodios de atracones, la frecuencia de tales episodios, algunos criterios adicionales para el diagnóstico de TA tal como se define en el DSM-IV y posibles conductas purgativas (vómitos, uso de laxantes, diuréticos o medicación adelgazante, ayuno durante 24 horas, ejercicio físico compulsivo). Se indaga también sobre la cantidad de comida consumida en un atracón, la duración de este y sobre sentimientos de culpa con respecto a la comida, la dieta y el peso. Este cuestionario ya ha sido validado en nuestro medio en pacientes atendidos por obesidad⁸.

El EDE-Q (Fairburn, Beglin, 1994). Engloba 32 ítems. A través de algunos se miden diferentes formas

Tabla I
Concordancia entre los cuestionarios QEWP-R y el EDE-Q para el diagnóstico de trastorno por atracón

QEWP-R	n = 27 Kappa de Cohen = 0,362	EDE-Q		
		NTA*	TA†	
NTA		18	2	20
TA		4	3	7
		22	5	

*Sin trastorno por atracón o con menos de 1 atracón a la semana.

†Trastorno por atracón, subclínico (1 atracón a la semana) o clínico (2 o más atracones a la semana).

de sobrealimentación, que incluyen episodios bulímicos objetivos (ingesta de grandes cantidades de comida con sensación de pérdida de control), episodios bulímicos subjetivos (pérdida de control con respecto a la ingesta, sin que esta sea desproporcionada) y episodios de sobrealimentación objetiva (ingesta de grandes cantidades de comida sin sensación de pérdida de control). Otros ítems se distribuyen en 4 subescalas: restricción-dieta, preocupación por la comida, preocupación por el peso y preocupación por la figura. Como el QEWP-R, se completa en unos 10 minutos y ha demostrado validez psicométrica. Ha sido previamente utilizado en nuestro medio en población adolescente⁹.

Los pacientes se clasificaron en 2 grupos según los resultados de cada cuestionario: sin TA o con menos de 1 episodio a la semana (NTA) y con TA, cuando estos se producían al menos 1 vez a la semana. Para medir la concordancia diagnóstica entre el QEWP-R y el EDE-Q se calculó el coeficiente kappa de Cohen. Considerando la clasificación tanto del QEWP-R como del EDE-Q, se compararon entre estos 2 grupos de pacientes las siguientes variables: edad, sexo, IMC, presencia o ausencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, ECV, SAOS/SHO, osteoartropatía grave y antecedente de depresión. Por último, se exploraron los resultados en función de cada ítem del EDE-Q y del QEWP-R con interés psicométrico y se midió la correlación entre ítems similares por medio del coeficiente de correlación rho de Spearman. Los resultados de las variables cuantitativas y ordinales se expresaron con las medianas y los percentiles 25 y 75, los de las variables categóricas con frecuencias y porcentajes. Se utilizaron la prueba de Mann-Whitney para los contrastes de hipótesis con variables continuas y ordinales y la chi-cuadrado o exacta de Fisher según procediera para los contrastes de hipótesis con proporciones. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS versión 17.0 (Chicago, Ill). Se fijó para todas las pruebas un nivel de significación de $p < 0,05$ bilateral.

Resultados

Se analizaron 27 pacientes con edad 41 ± 10 años, proporción de mujeres 66,6%, IMC medio $43,7 \pm 3,4$

kg/m², 22,2% diabéticos, 55,5% hipertensos, 22,2% dislipémicos, 7,4% con ECV, 25,9% con SAOS/SHO, 25,9% con osteoartropatía grave. El 44,4% presentaba antecedentes de depresión.

Con el QEWP-R se identificaron 7 pacientes con TA (25,9%), de los cuales 4 tenían atracones 1 vez a la semana y en 3 los atracones ocurrían 2 veces a la semana. Con el EDE-Q se detectaron 5 pacientes con TA (18,5%). La tabla I muestra que la concordancia entre ambos cuestionarios fue escasa ($k = 0,362$, $p = 0,054$).

No se observaron diferencias en los pacientes con TA y NTA en edad (mediana: 40 años [$P_{25} = 34,5$ - $P_{75} = 45,5$] y mediana: 40 años [$P_{25} = 34,5$ - $P_{75} = 48,2$]; $p = 0,825$), sexo (mujeres: 27,8% frente a 72,2%, varones: 22,2% frente a 77,8%; $p = 0,99$), IMC (mediana: 44 kg/m² [$P_{25} = 42,6$ - $P_{75} = 45,8$] y mediana: 45 kg/m² [$P_{25} = 41$ - $P_{75} = 45,8$]; $p = 0,956$). Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos con TA y NTA en las siguientes comorbilidades: diabetes mellitus tipo 2 (28,6% frente a 20%; $p = 0,633$), hipertensión arterial (57,1% frente a 55%; $p = 0,99$), dislipemia (42,9% frente a 15%; $p = 0,29$), ECV (14,3% frente a 5%; $p = 0,459$), SAOS/SHO (0% frente a 35%; $p = 0,137$), osteoartropatía grave (28,6% frente a 25%; $p = 0,853$) y antecedente de depresión (28,6% frente a 50%; $p = 0,408$).

En la tabla II se muestran las características psicométricas de los grupos con TA y NTA en los cuestionarios QEWP-R y EDE-Q.

En el QEWP-R aquellos con TA tuvieron mayores puntuaciones en el ítem sobre la importancia de peso y figura en la autovaloración: $p = 0,013$.

En el EDE-Q aquellos con TA tuvieron mayores puntuaciones en los ítems de importancia del peso: $p = 0,013$, importancia de la figura: $p = 0,011$, el deseo de tener un vientre plano: $p = 0,033$, la interferencia sobre la capacidad de concentración por pensar en la comida: $p = 0,014$, o pensar en la silueta o el peso: $p = 0,043$, finalmente, la frecuencia del sentimiento de culpa después de comer: $p = 0,008$.

Además, se encontró una asociación fuerte entre ambos cuestionarios en los ítems que hacen referencia a: 1) la importancia del peso ($\rho = 0,72$, $p < 0,001$), 2) de la figura ($\rho = 0,64$, $p < 0,001$), 3) la frecuencia del sentimiento de culpa después de comer y el grado de disgusto por comer en exceso ($\rho = 0,344$, $p = 0,043$) y 4) el grado de disgusto por perder el control sobre la comida ($\rho = 0,494$, $p = 0,008$).

Discusión

En este trabajo se ha evidenciado un modesto acuerdo entre los cuestionarios QEWP-R y EDE-Q para el diagnóstico de TA en pacientes obesos mórbidos sometidos a BPGL. Esta concordancia es más fuerte cuando se comparan algunos indicadores psicométricos, como la influencia de peso y figura en la autovaloración o el sen-

Tabla II
Comparación de pacientes con y sin trastorno por atracón en función de las variables con interés psicométrico del QEWP-R y EDE-Q

	NTA* n = 20	TA† n = 7	p
QEWP-R			
Disgusto por comer en exceso‡	4 (2-4)	4 (4-5)	0,158
Disgusto por perder el control sobre la comida‡	3 (1-4)	4 (3-5)	0,074
Importancia de peso y figura en autovaloración§	2 (1-3)	3 (3-4)	0,013
EDE-Q			
Restricción de la dieta¶	5 (5-6)	5 (4,5-5,5)	0,516
Deseo de tener un vientre plano ¶	1 (0-5)	6 (3,5-6)	0,033
Interferencia de la comida en capacidad de concentración ¶	0 (0-1)	3 (0,5-5)	0,014
Interferencia de silueta o peso en concentración¶	0 (0-0)	2 (0,5-5)	0,043
Miedo a perder el control¶	0 (0-0)	1 (0-2)	0,106
Miedo a engordar¶	5 (3-6)	6 (4-6)	0,367
Miedo a sentirse gordo¶	5 (2,5-6)	6 (4,5-6)	0,283
Deseo de perder peso¶	6 (4-6)	6 (3,5-6)	0,927
Sentimiento de culpa después de comer†	0 (0-1)	4 (2,5-4,5)	0,008
Preocupación porque otros le vean comer**	0 (0-0)	0 (0-4,5)	0,209
Influencia del peso en autovaloración**	3,5 (0-5)	6 (5-6)	0,013
Influencia de la figura en autovaloración**	3 (1-5)	6 (5-6)	0,011
Insatisfacción con el peso**	4 (2,5-5)	6 (4,5-6)	0,083
Insatisfacción con la figura**	3,5 (1-5)	5 (4-6)	0,072
Incomodidad al ver su cuerpo en el espejo**	5 (3-6)	6 (6-6)	0,051
Incomodidad cuando otros ven su cuerpo**	3,5 (0,7-6)	6 (2-6)	0,372

Los resultados se expresan como mediana (P₂₅-P₇₅).

*Sin trastorno por atracón o con menos de 1 atracón a la semana.

†Trastorno por atracón, subclínico (1 atracón a la semana) o clínico (2 o más atracones a la semana).

‡Escala de valoración: 1 (nada), 2 (disgusto ligero), 3 (disgusto moderado), 4 (gran disgusto), 5 (disgusto extremo).

§Escala de valoración: 1 (no fueron muy importantes), 2 (jugaron un papel), 3 (estuvieron entre las cosas principales que influyeron), 4 (fueron lo que más influyó).

¶Escala de valoración, según frecuencia del indicador en los últimos 28 días: 0 (ningún día), 1 (1-5 días), 2 (6-12 días), 3 (13-15 días), 4 (16-22 días), 5 (23-27 días), 6 (28 días)

¶Escala de valoración: 0 (nunca), 1 (alguna vez), 2 (< mitad de las veces), 3 (la mitad de las veces), 4 (> mitad de las veces), 5 (la mayoría de las veces), 6 (todas las veces).

**Escala de valoración: 0 (nada), 1, 2 (ligeramente), 3, 4 (moderadamente), 5, 6 (marcadamente).

timiento de culpa después de comer. Los pacientes con y sin atracones se diferencian en estos y otros indicadores (deseo de tener un vientre plano, interferencia sobre la capacidad de concentración por pensar en la comida, silueta o peso), pero no en su IMC basal ni en sus comorbilidades.

En nuestro estudio observamos una prevalencia de TA similar a la publicada en población anglosajona¹⁰. Hasta nuestro conocimiento, se trata del primer trabajo sobre prevalencia de TA en obesos sometidos a BPGL en población española. La modesta concordancia diag-

nóstica entre el QEWP-R y EDE-Q podría explicarse porque el QEWP-R valora el TA en los últimos 6 meses, tal como se define en la última clasificación DSM-IV, mientras que el EDE-Q pregunta solo por los atracones de los últimos 28 días. En estudios previos el EDE-Q se ha empleado principalmente para la valoración psicológica de estos pacientes¹¹, de ahí el interés de la elevada correlación encontrada entre sus ítems sobre la influencia de peso y figura en la autovaloración y el ítem correspondiente del QEWP-R, o entre los indicadores de ambos cuestionarios en relación al sentimiento de culpa o disgusto tras la comida. Una limitación de nuestro estudio es que de forma constante se presentó primero el QEWP-R y luego el EDE-Q, lo que puede haber influido en esta alta correlación. Una ventaja es que los cuestionarios se contestaron justo después del BPGL, lo que probablemente contribuyó a evitar que los pacientes ocultaran conductas anómalas, una tendencia referida en los estudios realizados en la fase preoperatoria, ante el temor de los pacientes a ser excluidos de la cirugía bariátrica en caso de detectarse mayores alteraciones psicopatológicas¹².

En un ensayo reciente que incluía a 134 pacientes con TA y otros 134 sin TA, se concluyó que el TA podía conferir un riesgo aumentado de desarrollar diabetes, hipertensión y dislipemia, en un análisis ajustado por IMC¹³. El escaso tamaño muestral de nuestro estudio puede haber condicionado que no hayamos encontrado relación estadística entre la presencia de TA y las comorbilidades asociadas a la obesidad en pacientes intervenidos mediante BPGL.

Que en los obesos con TA el peso o la silueta determinen en mayor medida cómo se valoran a sí mismos como personas o que pensar en estos, o en los alimentos, les interfiera más en su capacidad de concentración, podría señalar a unas alteraciones psicopatológicas más acentuadas que en los pacientes sin atracones y nos lleva a preguntarnos si esta mayor psicopatología podría influir en los resultados del BPGL. Los estudios al respecto son controvertidos, puesto que en algunos el TA predice pérdidas de peso más pobres¹⁴, en otros no¹⁰ e incluso alguno encuentra mejores pérdidas de peso en pacientes con TA previo a la cirugía¹⁵. Esta falta de una asociación consistente entre el antecedente de TA y los resultados del BPGL en términos de sobrepeso perdido deriva de las diferencias entre los métodos de valoración y los periodos de seguimiento propios de cada estudio. Además en estos resultados pueden jugar un papel los desencadenantes del TA¹⁶.

Por el momento, la falta de resultados concluyentes sobre el potencial predictor del TA en los resultados del BPGL condiciona que la práctica clínica actual con los obesos mórbidos que presentan TA sea muy variable: un 20% son intervenidos, en un 27,3% se pospone la cirugía hasta mejoría del cuadro y en un 45,3% la actitud depende de la severidad del trastorno y de otros factores clínicos¹⁷. Esta variabilidad es preocupante, ya que si finalmente los pacientes con TA no tienen más riesgo de peores resultados, retrasar en ellos la cirugía bariátrica

no se justifica, mientras que si este riesgo de peores resultados se confirma, pasaría a ser prioritario integrar el tratamiento psicoterápico de estos trastornos con la cirugía bariátrica¹⁸. Por tanto, se requiere un mayor esfuerzo investigador que respalde la decisión clínica de aceptar o posponer la cirugía en los pacientes con TA.

Conclusión

El TA es frecuente en obesos mórbidos intervenidos mediante BPGL y forma un subgrupo de pacientes con una probabilidad mayor de presentar alteraciones psicopatológicas. El QEWP-R y el EDE-Q en español son cuestionarios adecuados para su valoración.

Referencias

1. Díaz EG, Folgueras TM. Preoperative determinants of outcomes of laparoscopic gastric bypass in the treatment of morbid obesity. *Nutr Hosp* 2011; 26 (4): 851-855.
2. Horcajadas FA, Romero SS, Martínez JGG, Ruiz FA, Rojo SF, Martín FL. Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 362-70.
3. Elder KA, Grilo CM, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Brody ML. Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behav Res Ther* 2006; 44 (4): 545-60.
4. Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Gibbons LM et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surg obes relat dis* 2006; 2 (2): 153-8.
5. Hrabosky JI, White MA, Masheb RM, Rothschild BS, Burke-Martindale CH, Grilo CM. Psychometric evaluation of the eating disorder examination-questionnaire for bariatric surgery candidates. *Obesity* 2008; 16 (4): 763-9.
6. Celio AA, Wilfley DE, Crow SJ, Mitchell J, Walsh BT. A comparison of the binge eating scale (BES), questionnaire for eating and weight patterns-revised (QEWP-R), and eating disorder examination questionnaire with instructions (EDE-Q-I) with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *Int J Eat Disord* 2004; 36 (4): 434-44.
7. Recomendaciones de la SECO para la práctica de la cirugía bariátrica (Declaración de Salamanca). *Cir Esp* 2004; 75 (5): 312-4.
8. Vidal AL, García-Mayor RV. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp* 2009; 24 (6): 661-666.
9. Peláez-Fernández MA, Labrador FJ, Raich RM. Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *J Psychosom Res* 2007; 62 (6): 681-690.
10. Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeni JM, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: a long-term outcome study. *Obes Surg* 2009; 19 (2): 139-45.
11. Kalarchian MA, Marcus MD, Wilson GT, Labouvie EW, Brolin RE, LaMarca LB. Binge eating among gastric bypass patients at long-term follow-up. *Obes Surg* 2002; 12 (2): 270-5.
12. Dymek-Valentine M, Rienecke-Hoste R, Alverdy J. Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. *Eat Weight Disord* 2004; 9 (3): 211-6.
13. Hudson JI, Lalonde JK, Coit CE, Tsuang MT, McElroy SL, Crow SJ et al. Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *Am J Clin Nutr* 2010; 91 (6): 1568-73.
14. Sallet PC, Sallet JA, Dixon JB, Collis E, Pisani CE, Levy A et al. Eating behaviour as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obes Surg* 2007; 17 (4): 445-451.
15. Latner JD, Wetzler S, Goodman ER, Glinksi J. Gastric bypass in a low-income, inner-city population: eating disturbances and weight loss. *Obes Res* 2004; 12 (6): 956-61.
16. Crowley N, Budak A, Byrne TK, Thomas S. Patients who endorse more binge eating triggers before gastric bypass lose less weight at 6 months. *Surg obes relat dis* 2011; 7 (1): 55-9.
17. Devlin MJ, Goldfein JA, Flancbaum L, Bessler M, Eisenstadt R. Surgical management of obese patients with eating disorders: a survey of current practice. *Obes Surg* 2004; 14 (9): 1252-7.
18. Saldaña-García C. Trastornos por atracón y obesidad. *Nutr Hosp* 2002; 17: 55-5.