

RELACIÓN DE ESTADOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS CON LA CONDUCTA DE ATRACÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD

Araceli Guadalupe Gómez Alva

Patricia Martínez Lanz

Javier Morales Olivares

Diego Russo Becker

Gabriela Salcedo Zárraga

Universidad Anáhuac México Norte

El objetivo de esta investigación fue encontrar el tipo de relación que existe entre estados ansiosos y depresivos con la conducta de atracón en pacientes con obesidad y sobrepeso. Además, se buscó establecer una relación entre el nivel de obesidad y la posible agravación de los síntomas psicológicos. La investigación se realizó en forma no experimental, exploratoria y descriptiva, por lo que se aplicaron tres cuestionarios, los cuales miden rasgos depresivos y ansiosos (Hospital Anxiety and Depression Scale), presencia de conducta de atracón (Cuestionario de Trastorno por Atracón) y los estados emocionales relacionados con el comer (Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria). Se utilizó una muestra de 295 personas de las cuales 152 fueron mujeres y 143 fueron hombres. Las personas que formaron parte de esta muestra asistieron como valoración inicial a un hospital del sector privado en la Ciudad de México. Los resultados obtenidos indican que los estados ansiosos y depresivos se agravan considerablemente de manera proporcional con el IMC, este patrón no se presentó en el grupo de personas con obesidad grado II. También se encontró que la conducta por atracón se agrava exponencialmente en pacientes con obesidad mórbida. Las mujeres obtuvieron en gran medida mayores complicaciones psicológicas que los hombres.

Palabras clave: Sobreingesta, Trastorno de la Alimentación No Especificado (TANE), IMC (Índice de Masa Corporal), Ansiedad, Depresión.

The objective of this research was to find the type of relationship between anxiety and depressive states with binge eating behavior in patients with obesity and overweight. Also sought to establish a relationship between the level of obesity and the possible aggravation of psychological symptoms. The research was conducted in a non-experimental, exploratory and descriptive, therefore three questionnaires were applied, which measure depressive traits and anxiety (Hospital Anxiety and Depression Scale), presence of binge eating behavior

(Cuestionario de Trastorno por Atracón) and emotional states associated with eating (Overeating Questionnaire). A sample of 295 people, of whom 152 were women and 143 were men. The sample that took part of this research attended a private hospital in Mexico City for an initial assesment. The results obtained indicated that anxiety and depressive states are considerably worse in proportion to BMI, this pattern did not occur in the group of people with grade II obesity. We also found that binge eating behavior is compounded exponentially in patients with morbid obesity. Women obtained largely higher psychological complications than men.

Keywords: Overeating, Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS), BMI (Body Mass Index), Anxiety, Depression.

Introducción

La obesidad se ha convertido en una enfermedad epidemiológica a nivel mundial lo cual da calidad de urgencia a cualquier investigación que pueda aportar información para el adecuado abordaje de la misma. Las investigaciones realizadas hasta el momento presentan diversos esquemas de encuadre de la obesidad abordando factores médicos, psicológicos, sociales y genéticos en mayor o menor medida. Actualmente no existe un consenso mundial sobre la relevancia del abordaje de aspectos psicológicos-emocionales en el tratamiento de la obesidad a pesar de que ya existan investigaciones que soporten estas hipótesis. La relevancia y la importancia del estudio de la epidemia de la obesidad es aún más importante en países como México, en el cual la obesidad se ha incrementado exponencialmente, expandiéndose incluso a la población infantil.

El objetivo de esta investigación incluye la evaluación de la interacción manifiesta entre estados ansiosos y depresivos con la conducta de atracón en pacientes con obesidad y sobrepeso. Se buscó además determinar si la intensidad de los atracones y los niveles de depresión y ansiedad son proporcionales a las elevaciones en el Índice de Masa Corporal de los pacientes

La obesidad se define como un aumento del peso corporal por un exceso de masa grasa respecto de la masa magra. Esta definición permite localizar el problema en el exceso de tejido adiposo. La obesidad puede ser inducida por factores tanto genéticos como medioambientales pero también puede ser causada por fármacos o alteraciones endócrinas, sin embargo todas tienen en común un exceso de grasa corporal (Lepori, 2006).

La obesidad es catalogada como una enfermedad crónica de enorme complejidad. Su inicio suele suceder en la infancia y la adolescencia al establecerse un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Según el Instituto Nacional de Salud, estudios recientes han demostrado que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva y alarmante en las últimas décadas. Se han alcanzado cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en adultos. (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Esto hace que la obesidad sea considerada una epidemia del siglo XXI cuya atención se ha tornado urgente.

Existen varias maneras para medir la obesidad, incluyendo las medidas de la cintura y el porcentaje de grasa en el cuerpo, sin embargo en la actualidad la medida más usada corresponde al Índice de Masa Corporal (BMI - *Body Mass Index*), el cual se obtiene de la combinación del peso y talla, dividiendo el peso por el cuadrado de la talla. De acuerdo con Lepori (2006) los niveles diagnósticos en cuanto al IMC son los siguientes:

Nivel	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III
Índice de Masa Corporal (IMC)	20-24.9	25-29.9	30-34.9	35-39.9	40 o más

La obesidad es una condición compleja con numerosas repercusiones psicológicas y sociales ya que afecta a todos por igual. Más de 100 millones de personas se

encuentran afectadas por la obesidad y los problemas relacionados con ella, algunas con severas afectaciones crónicas como lo son la diabetes hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Estas complicaciones normalmente son severas. Se intensifican de forma paralela al aumento del IMC acto, siendo aún más graves se les presentan obesidad mórbida. Las principales asociaciones comórbidas de la obesidad se pueden clasificar en tres grupos: las cardiovasculares, las metabólicas, las respiratorias, las gastrointestinales, y las tumorales (Manucci y cols. 2010; Wickzinski y cols. 2009; Lepori, 2006).

Complicaciones en la salud relacionadas con la obesidad		
Cardiovasculares: Hipertensión arterial Enfermedades coronarias Aterosclerosis Hipertrofia de los ventrículos Hipertensión	Metabólicas: Diabetes mellitus tipo 2 Dislipidemia Insulinorresistencia Hiperinsulinemia	Respiratorias: Apnea del sueño Hiperventilación Asma bronquial Infecciones respiratorias

Sobre las causas de la obesidad, se ha visto que suele tener un efecto multifactorial; en esta enfermedad se han identificado factores genéticos, ambientales, endocrinos y metabólicos. Diversos estudios han intentado evaluar la contribución de la genética comparada con la del medio ambiente. El 30% se vincula con el genotipo el 70% aproximadamente se relaciona con las condiciones ambientales. La interacción de ambos factores es importante, no obstante se ha comprobado que el genotipo correspondiente a la obesidad sólo se expresa en el fenotipo cuando ocurren factores predisponentes, como pueden ser la ingesta de comidas con un alto valor calórico y un estilo de vida con falta de actividad física. Es recalable que en la actualidad el estilo de vida urbano está cargado

de elementos predisponentes a la obesidad ya que hay una mayor disponibilidad de medios de transporte, un incremento del uso de las computadoras y una menor necesidad de realizar actividad física, este tipo de factores permiten una mayor expresión de los genes predisponentes de la obesidad. Por otro lado, solamente del 2 al 3% de los casos de obesidad se pueden atribuir a alguna causa endocrina (Lepori, 2006).

A pesar de las causas genéticas y endócrinas de la obesidad, el súbito aumento ocurrido en los últimos 20 años en las tasas de incidencia y prevalencia de esta enfermedad no puede ser explicado por alteraciones genéticas poblacionales ya que éstas no pueden evolucionar en tan corto tiempo. Hay que considerar que el desarrollo de estas comunidades involucra una disminución de la actividad y por lo tanto un aumento de la vida sedentaria ha aumentado el número de actividades que se realizan en el interior de las casas. Además ha aumentado el consumo de comida rápida debido a su fácil accesibilidad. Hay una escasa cantidad de fibra en las dietas, alimentos como el pescado y frutas y vegetales suelen tener un costo económico elevado y su elaboración demanda un tiempo considerable. Otras características de la sociedad moderna que favorecen el desarrollo de la obesidad son la ausencia de medios de transporte que involucren la actividad física, la presencia de electrodomésticos que le ahorran trabajo a las personas y por ende actividad física, y la falta de actividades recreativas al aire libre. Todos estos elementos favorecen y perpetúan la presencia de la obesidad en el medio ambiente, lo cual facilita de manera exponencial la expresión de la herencia genética (Lepori, 2006).

Aunado al fenómeno de la obesidad, numerosas investigaciones han encontrado importantes comorbilidades con sintomatología de carácter psicológico, entre los que se encuentran principalmente la depresión y la ansiedad. Algunas investigaciones han encontrado una relación significativa entre la obesidad y la depresión. Roberts y cols. establecen que las personas obesas están dos veces más expuestas a padecer depresión, mientras que las personas depresivas están 1.8 veces más expuestas a ser

obesas. Además, hay que tomar en cuenta otro tipo de factores en las personas obesas como la tendencia a tener una vida más sedentaria y a no practicar ningún deporte por lo que no producen endorfinas y esto podría estar influyendo en problemas de estado de ánimo hasta llegar a la depresión (Roberts y cols. 2003).

Con respecto a la ansiedad, este rasgo psicopatológico juega un importante papel no solo en la obesidad sino también en el trastorno por atracón. Henderson y Boland (citado en Gempeler, 2005) encontraron que en pacientes con trastorno por atracón y obesidad, comparados con pacientes obesos sin este trastorno, presentaban índices de ansiedad elevados antes del atracón y antes de las comidas. Dichos niveles disminuyen a medida que se dé el atracón. Por otro lado, el hambre fisiológica no parece desempeñar un papel importante dentro de los atracones. Sorpresivamente, los pacientes que padecen este trastorno presentan menos hambre antes de un atracón que antes de una comida regular. De esta manera se encuentra un nuevo indicio sobre la importancia de la ansiedad en el mantenimiento de los atracones (Gempeler, 2005).

Según Wonderlich y cols. (2006), a lo largo de las investigaciones más importantes desde el año 2000, se ha encontrado una relación significativa entre trastornos de ansiedad y trastornos de la alimentación. Sin embargo, se plantea que existe un vacío considerable en las investigaciones que relacionan ambas dimensiones y que las metodologías que han seguido gran parte de los trabajos que involucran a la ansiedad dentro de los trastornos de la alimentación carecen de procedimientos formales recomendados (Swinbourne, J. y Touyz, S, 2007; Vázquez, 2006; Wonderlich y cols. 2006).

Otro trastorno mental relacionado con la obesidad corresponde al trastorno por atracón. Se define como *atracción* al consumo a lo largo de un período corto de tiempo (generalmente inferior a dos hrs.) de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían y no se acompañan de las estrategias

compensatorias. El trastorno por atracón se presenta de manera similar a la bulimia nerviosa, el paciente oscila entre períodos de restricción y períodos de sobreingesta de grandes cantidades de comida, los cuales se ven acompañados por una sensación de pérdida de control. Además, los períodos de restricción, si es que se llegan a presentar, aparecen como consecuencia de los atracones, gracias a la sensación de culpa y vergüenza.

De acuerdo con Gempeler (2009), todos los pacientes que presentan trastorno por atracón tienen problemas con su peso, pero no todos ellos son obesos. Por otro lado, Fairburn (citado en Gempeler, 2009) indica que los pacientes con este trastorno y obesidad presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los pacientes obesos sin atracones. Una de estas comorbilidades corresponde a la depresión, relacionada con los sentimientos de pérdida de control y poca autoestima (Kristeller y cols., Robertson y Parlmer; Telch y Agras, citado en Gempeler, 2009). En promedio, la frecuencia con la que se presentan los atracones es por lo menos dos días a la semana durante un período mínimo de seis meses.

Desencadenantes de la conducta de atracón

- Estados de ánimo disfóricos
- Situaciones estresantes
- Hambre intensa a consecuencia de una severa dieta
- Sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos
- Estados de ánimo como depresión y ansiedad

Método

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptiva y exploratoria.

Participantes

La muestra de población de esta investigación consiste en 295 pacientes de entre 15 y 80 años de edad con obesidad o sobrepeso, es decir, cuyo IMC es mayor o igual a 25, de la clínica de obesidad, nutrición y enfermedades metabólicas de un hospital privado de la Ciudad de México.

Instrumentos

Se aplicaron 3 instrumentos previamente validados en confiabilidad y validez estadística:

- Cuestionario de Trastorno por Atracón (CTA) el cual mide la presencia o ausencia de este trastorno a partir de 16 grupos de reactivos.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) el cual mide síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que ingresan a algún hospital a partir de 14 reactivos.
- El Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) que es un instrumento diseñado para identificar diversos aspectos psicológicos, conductuales y sociales con respecto a la comida para apoyar en el tratamiento de pacientes con obesidad. Este instrumento implica contestar 80 reactivos.

Procedimiento

Se optó por aplicar los 3 instrumentos descritos anteriormente para poder realizar una medición lo más objetiva y precisa posible a partir del análisis estadístico de las

escalas escogidas. Previamente a la aplicación de los 295 pacientes con obesidad y sobrepeso de la clínica de obesidad, nutrición y enfermedades metabólicas de un hospital privado de la Ciudad de México, se realizó una prueba piloto de los instrumentos a partir de una aplicación de 40 pruebas a otros 40 pacientes de la misma institución y se realizó el análisis correspondiente. La aplicación de los instrumentos fue en el siguiente orden en cuanto los pacientes llegaban a la primera consulta: primero el CTA, seguido del HADS. Posteriormente los pacientes asistían a una entrevista clínica en la que también se aplicaba el OQ.

Una vez que se obtuvieron las 295 aplicaciones de cada uno de los instrumentos por parte de todos los pacientes, se realizó la base de datos en SPSS 17.0 para Windows y se llevaron a cabo los análisis estadísticos de frecuencias correspondientes para obtener los resultados que se reportan en el siguiente apartado. Para los resultados de correlación se corrieron análisis de Chi cuadrada.

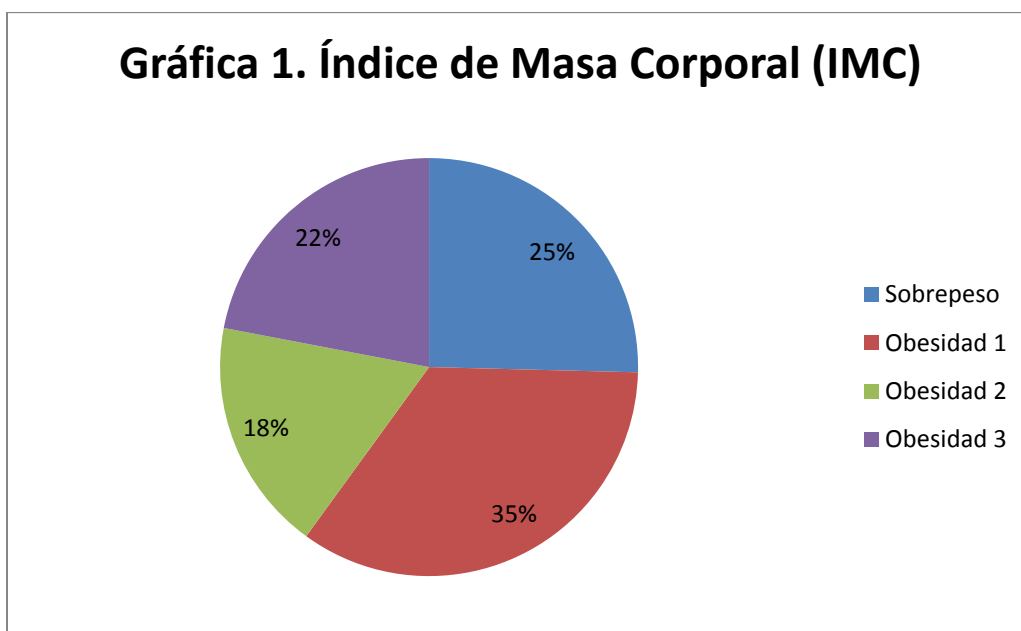
Resultados

En la Tabla 1 se puede observar el análisis de frecuencias simples (SPSS 17.0) de los datos sociodemográficos de la muestra poblacional encontrando que en cuanto al sexo ésta es homogénea. Asimismo se puede observar que el mayor porcentaje alcanza un nivel educativo de licenciatura. En cuanto a los rangos de edad se encontró que el 56% está ubicado entre los 31 y 50 años.

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra.

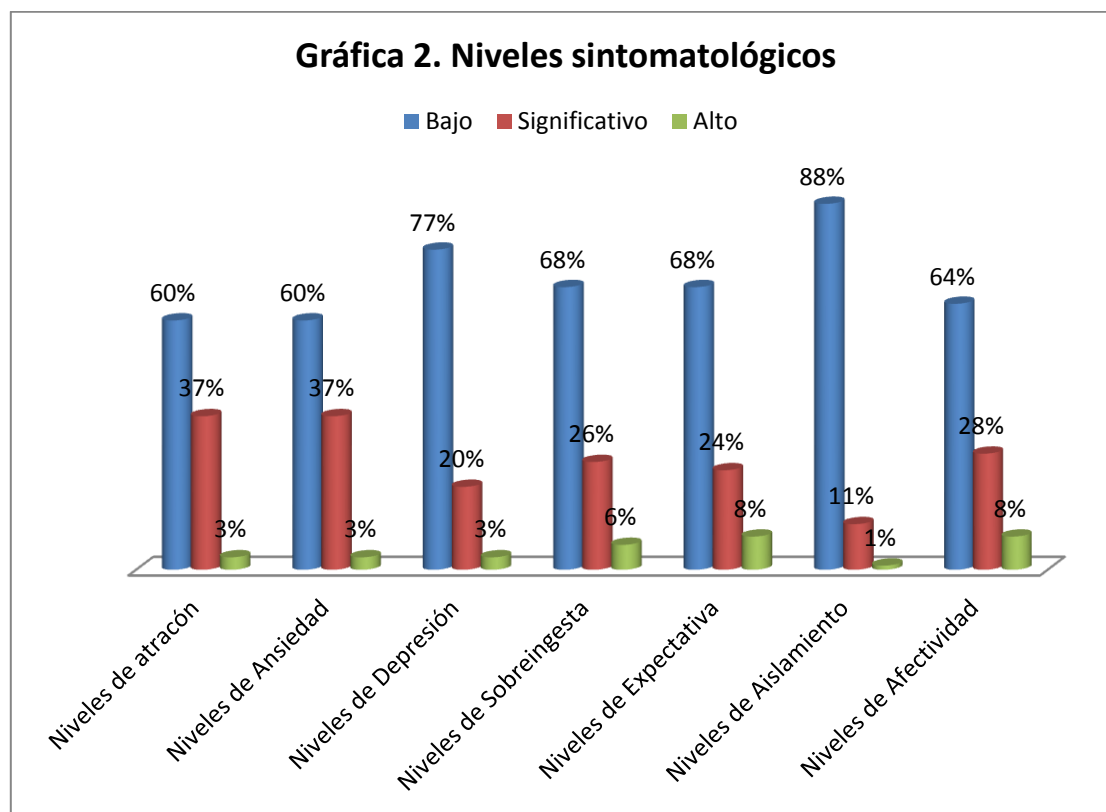
SEXO	
Femenino	51.5%
Masculino	48.5%
Total	100%
ESCOLARIDAD	
Educación básica	20.3%
Licenciatura	54.9%
Posgrado	24.7%
Total	100%
EDADES	
15-20	6.8%
21-30	14.6%
31-40	30.3%
41-50	25.9%
51-60	13.6%
61 y más	8.8%
Total	100%

La información obtenida por los 295 sujetos que asistieron a la presente investigación reportó los siguientes niveles sintomatológicos: en cuanto al Índice de Masa Corporal: se puede apreciar en la Gráfica 1 que un cuarto de la muestra total presenta sobrepeso, mientras que el otro 75% de la muestra estudiada presenta niveles de obesidad.



Los datos mostrados en la Gráfica 2 fueron obtenidos a través de punto corte establecido para cada una de las escalas a partir de los puntajes menores y los puntajes mayores obtenidos como totales por cada uno de los sujetos. Producto de este punto de corte, se obtuvieron 3 niveles sintomatológicos (bajo, significativo y alto) en cuanto a la gravedad de la variable. El nivel bajo corresponde a la ausencia del síntoma, el nivel significativo indica la presencia subclínica del síntoma, mientras que el nivel alto indica que dicho síntoma requiere de atención especial. Cada variable se sustenta en el instrumento de medición correspondiente. Los niveles de atracón corresponden a los

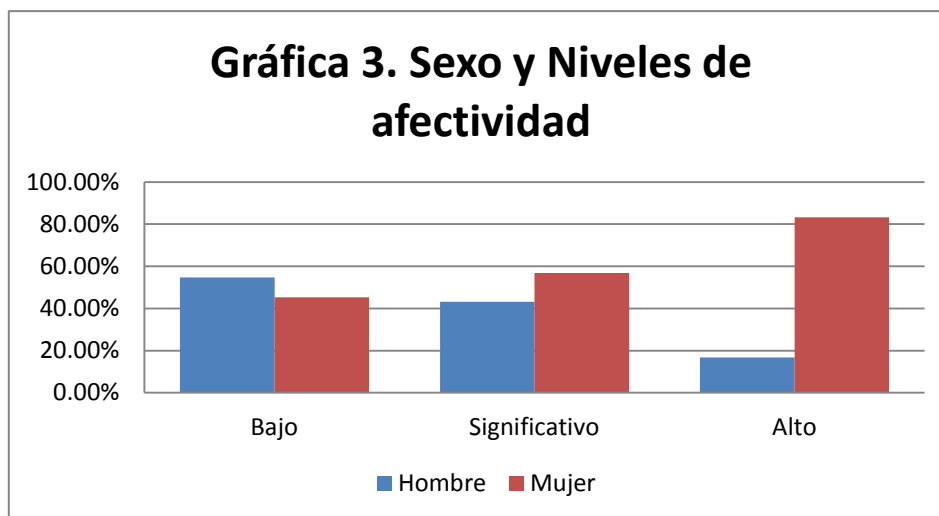
resultados del CTA. Asimismo dichos datos se obtuvieron a partir de análisis de frecuencias. Los niveles de Ansiedad y Depresión corresponden a los resultados del HADS y los niveles de Sobreingesta, Expectativa, Aislamiento y Afectividad corresponden a las escalas del OQ.



Acerca de la sintomatología que involucra la presencia de conducta de atracón, se encontró que el 40% presentaron conducta de atracón significativa o grave, mientras que el 60% restante presentaron conducta de atracón en un nivel bajo. En cuanto a los niveles de depresión, se encontró que 77% presentaron un nivel de depresión bajo mientras que el 23% restante manifestó un nivel de depresión significativo o alto. Los niveles de ansiedad manifestados por los pacientes demostraron que el 60% presentaron un nivel de ansiedad bajo, mientras que el 39% restante manifestó niveles significativos y altos de ansiedad. En los niveles de sobreingesta se encontró que el 68% presentaron un nivel de sobreingesta bajo, mientras que el 32% restante presenta un nivel de sobreingesta

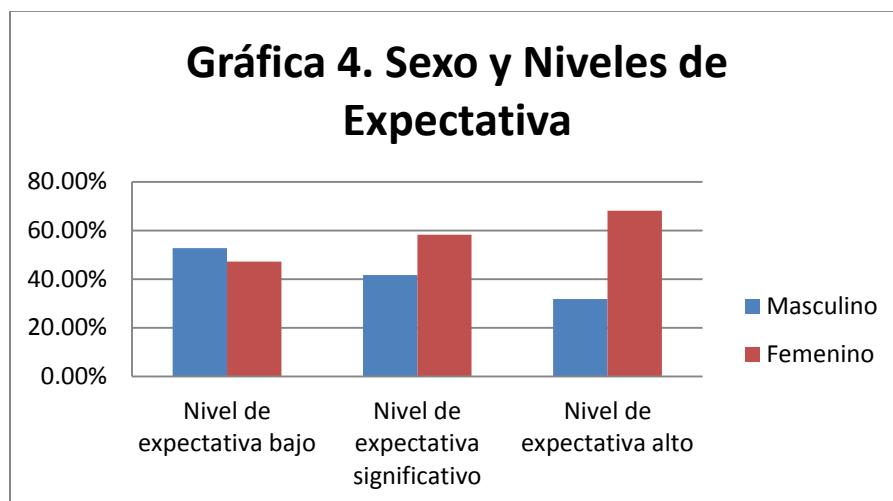
significativo o alto en su alimentación. En los niveles de expectativas relacionadas con el comer se encontró que un 68% presentaron un nivel bajo de dicha variable. Por otro lado, el 32% manifestó expectativas relacionadas con comer a un nivel significativo o alto. En cuanto a los niveles de aislamiento que presentan los individuos de esta investigación, se encontró que 88% presentaron un nivel de aislamiento bajo. Por otro lado, el 12% presentó un nivel de aislamiento de significativo a alto. Sobre la variable que involucra los niveles de afectividad relacionados con la ingesta alimentaria, se encontró que el 64% presentaron un nivel bajo de alteraciones en la afectividad mientras que el 37% presentaron niveles significativos y altos.

Los resultados que se observan en las siguientes gráficas (Gráfica 3- Gráfica 12) fueron realizados con un análisis estadístico de Chi cuadrada a fin de correlacionar las variables diagnósticas de estudio, tanto entre ellas como con factores sociodemográficos, obteniendo resultados significativos en todas las correlaciones presentadas a continuación. En relación al sexo y los niveles de afectividad se encontraron diferencias significativas ($\alpha=.001$) por género en los niveles de afectividad, particularmente en el nivel alto de este síntoma, el cual se presenta considerablemente a mayor escala en el género femenino (Gráfica 3).



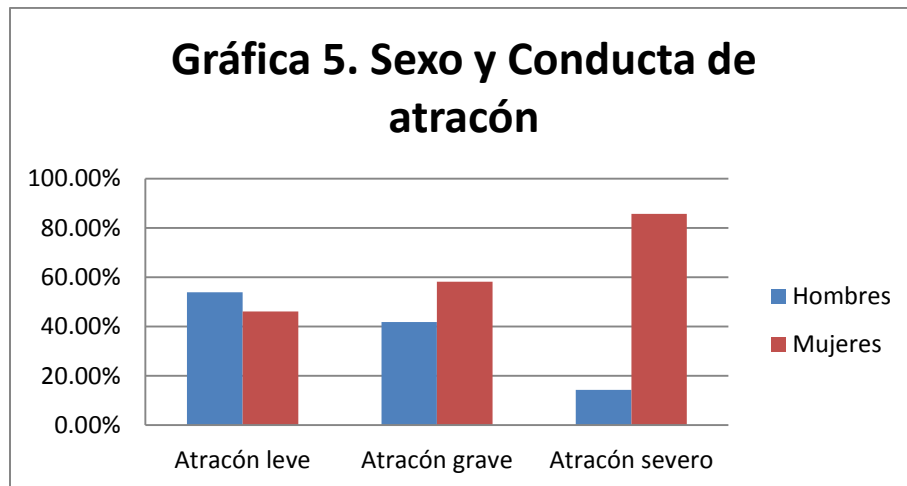
*La variable de *Niveles de afectividad* fue obtenida del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ).

En relación al sexo y los niveles de expectativas relacionadas con comer se encontraron diferencias significativas ($\alpha=.073$) por género en dichos niveles, particularmente en el nivel alto de este síntoma presentándose de nuevo a mayor escala en el género femenino (Gráfica 4).

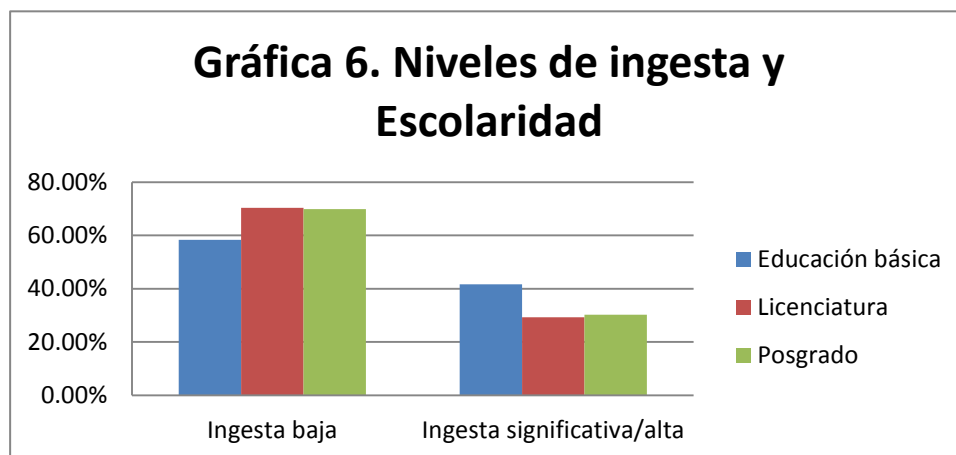


*La variable de *Niveles de expectativa relacionadas con comer* fue obtenida del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ).

En relación al sexo y los niveles de conducta de atracón se encontraron diferencias significativas ($\alpha=.025$) por género en dichos niveles, particularmente en el nivel alto de esta conducta, presentándose de manera más elevada en el género femenino (Gráfica 5).



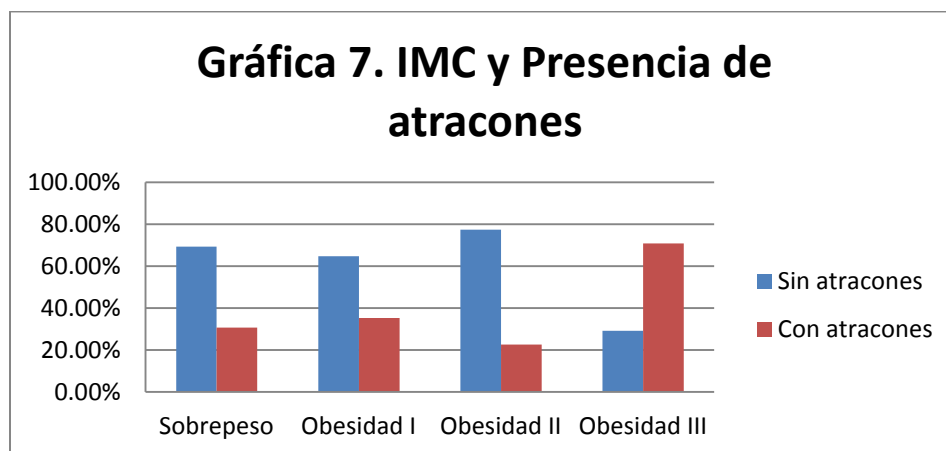
En *La variable de *Conducta de atracón* fue obtenida a través del Cuestionario de Trastorno por Atracón (CTA). de igual manera di cativos y altos de esta conducta, siendo mayor en los pacientes con educación básica. Por otro lado, en el nivel de ingesta baja, se encontró una mayor concentración de individuos con educación correspondiente a licenciatura y posgrado (Gráfica 6).



*La variable de *Niveles de ingesta* fue obtenida a través del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ).

En relación a los niveles de IMC y los niveles de presencia o ausencia de conducta de atracón dados por el punto de corte establecido por el Cuestionario de Trastorno por

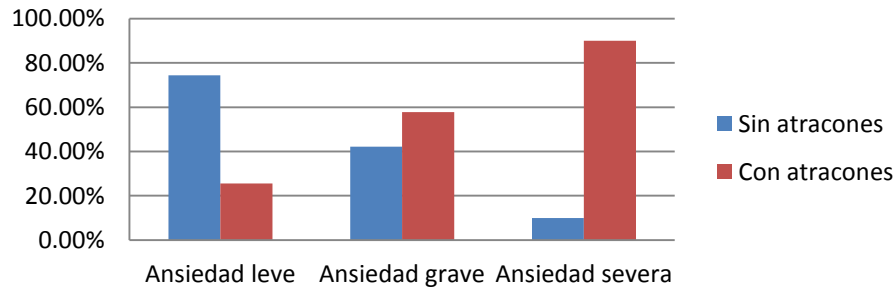
Atracón (CTA), se encontró una correlación estadísticamente significativa ($\alpha=.000$) demostrando que la conducta de atracón de incrementa gravemente en sujetos con obesidad grado III. Por otro lado, en los casos de sobrepeso, obesidad I y obesidad II, la conducta de atracón se presenta a una escala mucho menor (Gráfica 7).



*La variable de *Niveles de ingesta* fue obtenida a través del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. La ausencia de conducta de atracón corresponde al nivel bajo de conducta por atracón, mientras que la presencia de atracones se obtuvo al sumar los niveles significativos y altos de esta variable, obtenidos mediante el Cuestionario de Trastorno por Atracón (CTA).

En relación a los niveles de ansiedad y la presencia o ausencia de conducta de atracón se encontró una correlación estadísticamente significativa ($\alpha=.000$) en cuanto a que a mayor ansiedad los pacientes tienden a presentar la conducta de atracón y viceversa, es decir, a menor ansiedad tienden a no presentar atracón (Gráfica 8).

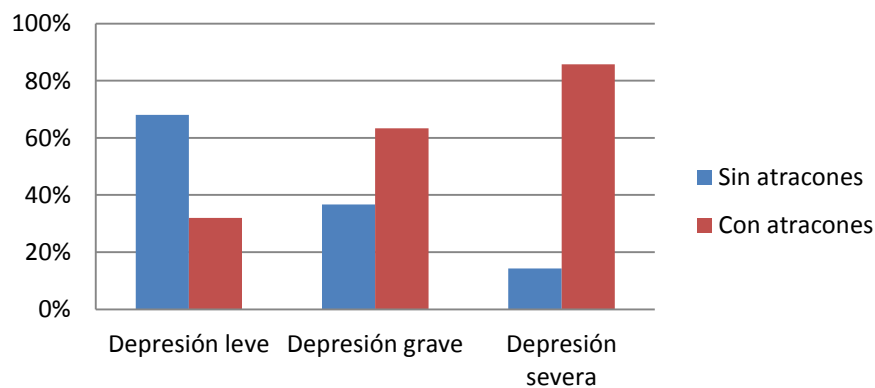
Gráfica 8. Ansiedad y Presencia de atracones



*La variable de *Ansiedad* fue obtenida a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), la ausencia de conducta de atracón corresponde al nivel bajo de conducta por atracón, mientras que la presencia de atracones se obtuvo al sumar los niveles significativos y altos de esta variable, obtenidos mediante el Cuestionario de Trastorno por Atracón (CTA).

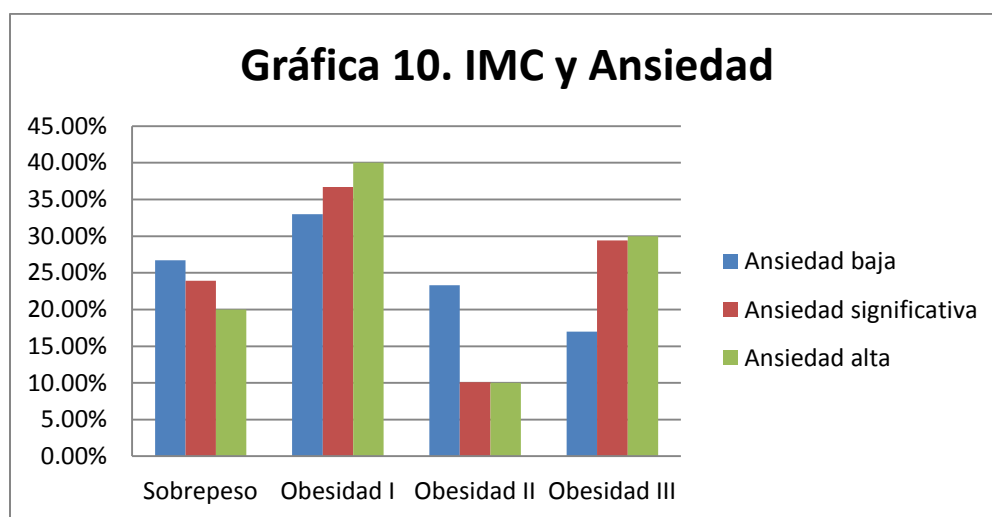
En relación a los niveles de depresión relacionados con la presencia o ausencia de conducta de atracón, se encontró una correlación estadísticamente significativa ($\alpha=.000$) indicando que a mayor nivel de depresión, los niveles de atracón incrementan. Esta relación se cumple de igual manera al disminuir la depresión, disminuyendo la gravedad de los atracones (Gráfica 9).

Gráfica 9. Depresión y Presencia de atracones



*La variable de *Depresión* fue obtenida a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). La ausencia de conducta de atracón corresponde al nivel bajo de conducta por atracón, mientras que la presencia de atracones se obtuvo al sumar los niveles significativos y altos de esta variable, obtenidos mediante el Cuestionario de Trastorno por Atracón (CTA).

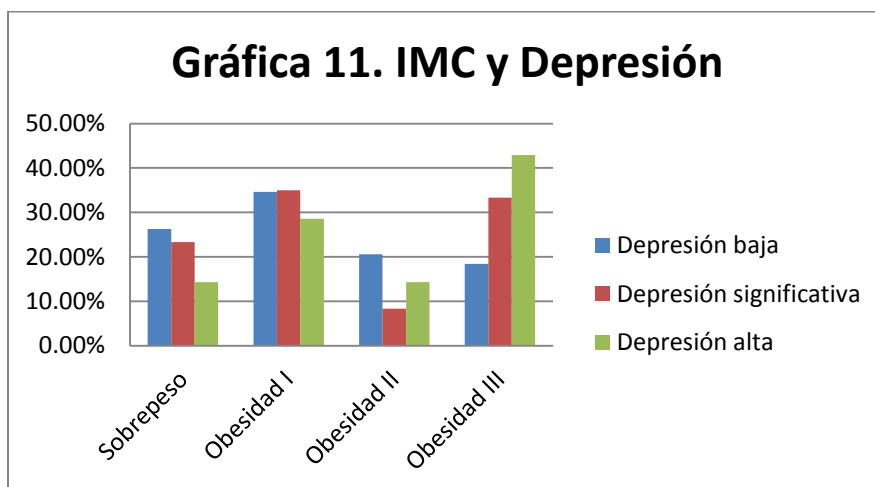
En relación a los niveles de IMC y los niveles de ansiedad se encontró una correlación estadísticamente significativa ($\alpha=.051$), demostrando que los pacientes con obesidad grado III tienden a manifestar niveles mayores de ansiedad en comparación con los pacientes con un IMC menor. Además, los pacientes con sobrepeso tienden a manifestar niveles más bajos de ansiedad que los pacientes con un IMC mayor. En cuanto a los pacientes que presentaron obesidad grado II, se encontró una marcada inclinación por un nivel bajo de ansiedad, incrementándose de manera estrepitosa en obesidad grado III (Gráfica 10).



*La variable de *Ansiedad* fue obtenida a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

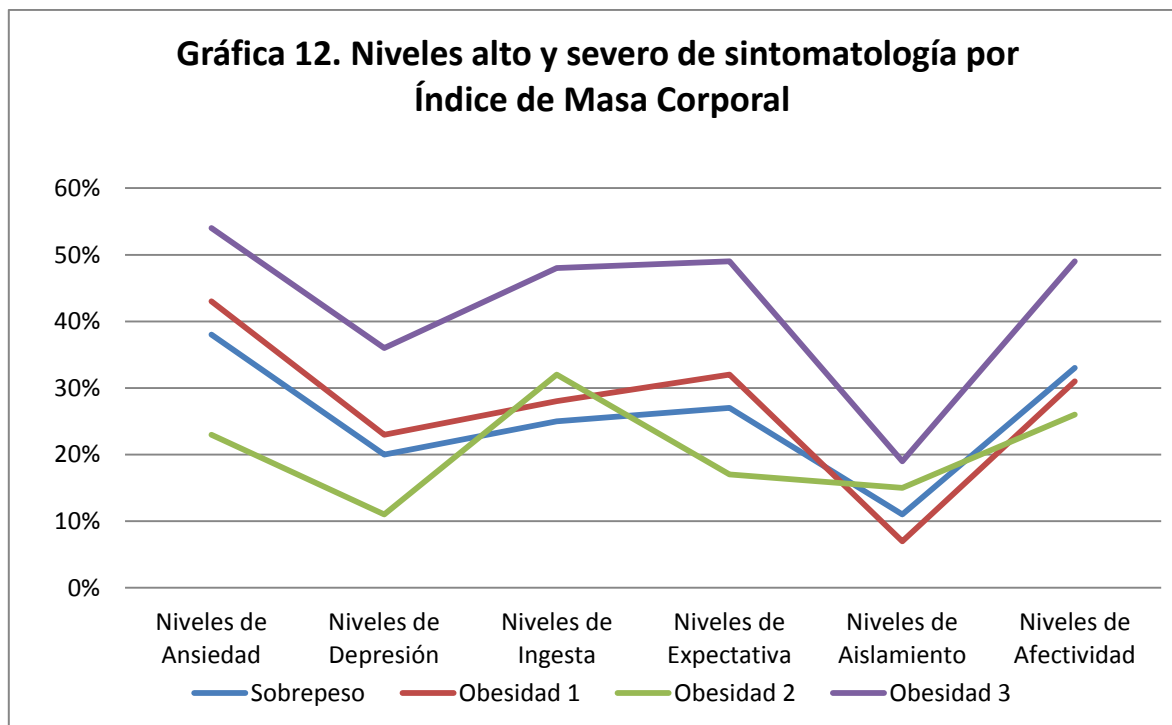
En relación a los niveles de IMC y los niveles de depresión se encontró una correlación estadísticamente significativa ($\alpha=.093$), indicando que los niveles de depresión se agravan en los pacientes que presentaron obesidad grado III. Se encontró la misma inclinación en el grupo de obesidad II en cuanto a una tendencia por presentar grados

bajos de depresión. Por otro lado, en el caso de los pacientes con sobrepeso, se encontró una inclinación por un nivel bajo de depresión (Gráfica 11).



Al reunir las principales variables de la presente investigación y al relacionarlas con el IMC se observa que los niveles de sintomatología aumentan paulatinamente entre sobrepeso y obesidad grado I, y son significativamente mayores en obesidad grado III. Sin embargo en obesidad grado II los síntomas de las escalas sintomatológicas disminuyen, presentándose dos excepciones, siendo la primera en niveles de ingesta y la segunda en niveles de aislamiento (Gráfica 12).

*La variable de *Depresión* fue obtenida a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).



*Las variables sintomatológicas fueron obtenidas mediante el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). Las variables de *Ansiedad* y *Depresión* fueron obtenidas a través del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

IV. Conclusiones

El principal objetivo de la presente investigación es encontrar qué tipo de relación existe entre el nivel de obesidad y los niveles de depresión y ansiedad. Además, se planteó también como un objetivo principal evaluar la relación que tiene la conducta por atracón en las diferentes variables involucradas.

Los primeros resultados significativos se obtuvieron al relacionar el sexo con las variables de ansiedad y atracón. Se encontró que las mujeres tienden a relacionar la comida con sensaciones de ansiedad en mayor medida que los hombres. En cuanto a la conducta de atracón, las mujeres también presentan niveles de mayor gravedad en comparación con los sujetos de sexo masculino. Estos resultados indican que la atención psicológica dirigida a mujeres que presentan algún grado de sobrepeso u obesidad es de

mayor importancia que la atención dirigida a los hombres, ya que la obesidad tiende a provocar mayores manifestaciones psicológicas adversas en el sexo femenino.

Acerca de la relación entre los niveles de ansiedad y depresión con los niveles de ingesta en los pacientes evaluados, se encontró una relación directamente proporcional entre estas variables, indicando que a mayores niveles de ingesta alimentaria, los niveles tanto de depresión como de ansiedad tienden a agravarse. La relación entre conducta de atracón con las variables de ansiedad y depresión de igual manera resultó directamente proporcional, por lo que mientras más grave sea la conducta de atracón, más altos serán los niveles de depresión y ansiedad. Esta relación puede darse de manera recíproca entre las variables, es decir que los altos niveles de ansiedad y depresión provoquen altos niveles de conducta de atracón, tal como indica Gempeler (2005) y Roberts y cols. (2003). Estos resultados confirman la primera hipótesis de esta investigación y además van de la mano con investigaciones extranjeras consultadas (Roberts y cols. 2003; Gempeler, 2005; Kramer, 2006; Vázquez, 2006; Wonderlich, 2006).

La relación entre conducta de atracón y el IMC de los pacientes evaluados es difícil de establecer. Los resultados indican que el 40% de los pacientes de la muestra presentan conducta de atracón mientras que el 60% de ellos no presentan dicha conducta. Sin embargo, la relación entre ambas variables se vuelve significativa al considerar que la conducta por atracón se dispara en cuanto a su gravedad en pacientes con obesidad grado III, dando información concerniente a la tercera hipótesis de esta investigación. Los resultados de conducta de atracón disminuyen drásticamente de obesidad grado I a obesidad grado II, mientras que en obesidad grado III los atracones se vuelven altamente significativos. Es por esto que el grupo que presenta obesidad grado II resulta altamente confuso en la relación con las diferentes variables, ya que su sintomatología se apreció considerablemente menor a obesidad grado III e incluso a obesidad grado I. Con estos resultados se puede concluir que la obesidad grado III se

relaciona con sintomatología grave de depresión, ansiedad y conducta por atracón, sin embargo el grupo de obesidad grado II se excluye de esta norma. Considerando los resultados anteriores, es posible concluir que nuestra segunda hipótesis genera más incógnitas en cuanto a la relación de los niveles de obesidad y los niveles de conducta de atracón.

Se obtuvieron resultados inesperados en cuanto a la relación de los niveles de ingesta alimentaria con el nivel de escolaridad. Los resultados indican que el grupo de pacientes con educación básica presentan una mayor proclividad a manifestar atracones, los cuales se disminuyen en los grupos que cuentan con estudios de licenciatura y de posgrado. Estos resultados dan a entender que la educación juega un papel importante en la conducta alimentaria de los pacientes con sobrepeso y obesidad, ya que los que presentan mayor escolaridad presentan niveles más bajos de conducta por atracón, la cual como ya se mencionó se relaciona con niveles altos de ansiedad y depresión.

Los resultados de esta investigación arrojan grandes incógnitas que requieren posteriores investigaciones. Quizás la mayor incógnita corresponde a la sintomatología del grupo de obesidad grado II, ya que presentaron grados más bajos de ansiedad y depresión que los grupos de obesidad grado I e incluso de sobrepeso, contradiciendo los pronósticos en cuanto a que a mayor grado de obesidad, más graves serán las afecciones psicológicas. Sin embargo, es importante mencionar que en el grupo de obesidad III la sintomatología se agrava significativamente. Otro campo pendiente de investigación debe de ser dedicado a las mujeres que presentan obesidad ya que resultan alarmantes los síntomas afectivos que las pacientes relacionan con el alimento.

También es necesario realizar investigaciones que abarquen más niveles socioeconómicos en México así como otras regiones dentro del país, ya que la muestra de esta investigación corresponde a un nivel socioeconómico medio-alto dentro de la Ciudad de México de manera que no se consideran otras entidades federativas. Esto

último es necesario debido a que la problemática de obesidad en México no discrimina ni en nivel socioeconómico ni en región geográfica. Es decir, que al ser un problema de gravedad nacional, es necesario hacer una investigación similar tomando en cuenta una muestra heterogénea dentro de toda la nación.

Esta investigación apoya a aquellas que buscan relacionar la enfermedad de la obesidad con factores psicológicos que serán de mucha relevancia para el tratamiento de la misma. Sin embargo es recomendable realizar más investigaciones para conocer cuáles son los factores predisponentes a la manifestación de otras características clínicas. Es decir, que esta investigación no esclarece de manera precisa si la obesidad es causante síntomas de ansiedad y depresión o si éstos pueden ser factores de riesgo para generar aquella. Asimismo estas relaciones también pueden ser estudiadas con la conducta de atracón.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. Barcelona: Masson.
2. Black, D. Goldstein, R. Mason, E. (1992). Prevalence of Mental Disorder in 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients. *Am J Psychiatric* 149:2
3. Coon, D. (1999). *Psicología. Exploración y Aplicaciones*. (8ª edición). Estados Unidos: Thompson.
4. Echeburúa, E. Marañón, I. *Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de la personalidad*. Universidad del País Vasco; España
5. Espina, A. (2007). Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica. *Cuaderno de Terapia Familiar*. 66, 119-128.

6. Gempeler, J. (2005). Binge-Eating Disorder: Between Eating Disorders and Obesity A Cognitive-Behavioral Perspective. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol.34, No.2, p.242-250.
7. Griessner, Verónica. (2003). *Binge Eating: Trastorno por "Atracón"*. Publicado en Psicocentro.com, extraído de Internet en febrero 2011: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31002
8. Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Boletín de práctica médica efectiva*. Noviembre 2006.
9. Jarne, A. y Talam, A. (2000). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
10. Kramer, Peter D. (2006). *Contra la depresión*. Barcelona: Seix Barral.
11. Lebovici, S., Diatkine, R. y Soulé, M. (1990). *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. Vol. IV. España: Biblioteca Nueva.
12. Lépori. (2006). *Miniatlas de Obesidad*. Buenos Aires: Clyná.
13. Mannucci, E. Petroni, M. Villanova, N, Rotella, C. Apolone, y G, Marchesini. (2010). Clinical an psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*. Extraído de Internet en febrero 2011: <http://www.hqlo.com/content/8/1/90>
14. Marcelli, D., Braconnier, A. y Ajuriaguerra, J. (1986). *Manual de Psicopatología del adolescente*. México: Masson.
15. Millon, and Davis, (2001). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. Masson: Barcelona
16. O'Donnell, W. E. y Warren, W. L. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta alimentaria (OQ)*. Manual Moderno: México.

17. Rieger, E. Wilfley, D. Stein, R. Marino, V. y Crow, S. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 37, No. 3, pp. 234-240.
18. Roberts, R. Delger, S. Kaplan, G. and Strawbridge, W. (2003) *International Journal of Obesity*. Nature Publishing Group; Houston.
19. Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Universidad Favaloro. Posgrado en Obesidad a Distancia. Córdoba.
20. Slochower, J. (s/f). The Psychodynamics of Obesity.
21. Swinbourne, J. y Touyz, S. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*. Vol. 15, pp. 253-274.
22. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Edt. Meditor 1992
23. Vázquez, V. (2006). Obesidad con trastorno por atracón y sin trastorno: Uso del Eating Disorder Inventory (EDI.2). Tesis UNAM. México.
24. Wiczinski, E. Döring, A. Jürgen, J y Von Lengerke, T. (2009). Obesity and health-related quality of life: Does social support moderate existing associations?. *British Journal of Health Psychology*, Vol.14, pp. 717-734.
25. Wonderlich, S. Crosby, R. Mitchell, J. Zwaan, M. Engel, S. Connolly, K. Flessner, C. Redlin, J. Markland, M. Simonich, H. Wright, T. Swanson, J. y Taheri, M. (2006). An empirical analysis of eating disorders and anxiety disorders publications (1980-2000)-Part I. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 39, No. 1, pp. 35-48.