

11241

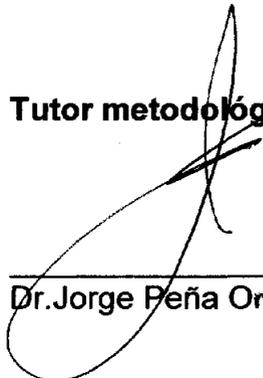
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente

**“Asociación y prevalencia de temperamento, carácter, ansiedad y depresión
en una muestra de personas obesas en población abierta”**

*Tesis que para obtener el grado de psiquiatra
presenta: Dra. Areli Reynaga Romarís*

Tutor metodológico:



Dr. Jorge Peña Ortega

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
CENTRO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM


DR. ALEJANDRO RUIZ MARTÍNEZ

Febrero de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Arelí Reynaga Román

FECHA: 05-01-04

FIRMA: [Firma manuscrita]

INDICE

Antecedentes.....	1
Clasificación.....	2
Etiología de los trastornos del comer y la obesidad.....	2
Factores de riesgo.....	2
Teorías psicológicas.....	3
Factores familiares y culturales.....	5
Factores biológicos.....	6
Obesidad y su rel. con temperamento, carácter y personalidad.....	7
Otras asociaciones entre obesidad y psicopatología.....	10
Tratamiento.....	11
Justificación de la investigación.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
Material y métodos.....	14
Diseño del estudio.....	14
Tipo de muestra.....	14
Tamaño de la muestra.....	15
Variables.....	15
Escala.....	16
Procedimiento.....	17
Resultados.....	17
Gráficas y tablas representativas	19
Discusión.....	25
Bibliografía.....	28

ANTECEDENTES:

La obesidad puede definirse como el exceso del peso corporal por arriba del 20% del peso estándar fijado por las tablas de altura-peso. (1)

Los institutos nacionales de salud definen a la obesidad como un peso relativo mayor al 120% (IMC>27.5 kg/m²) , la leve se encuentra en el rango de peso relativo de entre 120 y 140% (IMC 27.5 a 30kg/m²), la moderada entre 140 a 200 % (IMC 31 a 40kg/m²) y la grave (mórbida) con un peso relativo mayor de 200%. Corroborado por la American Heart Association. (2)

En EU el 25 % de su población tiene un peso relativo mayor de 120%, siendo así la obesidad un grave problema de salud pública; En los últimos 20 años la prevalencia de la obesidad se ha incrementado hasta en un 50 % en dicho país (3). Hasta fechas recientes se consideraba que la obesidad era resultado directo de un estilo de vida sedentario y una ingestión crónica con exceso de calorías, así los obesos han sido "culpados" de su obesidad por amigos y familiares, médicos e incluso por ellos mismos; sin embargo actualmente se conoce que, aunque estos factores son esenciales en el desarrollo de la obesidad, hay otros factores que influyen fuertemente en el desarrollo de la misma, entre estos factores se encuentran los genéticos y los psicosociales.(2)

Se ha descrito que las personas que acuden a tratamiento profesional por problemas de sobrepeso muestran rangos altos de depresión, atracones, conductas purgativas, distorsión en la imagen corporal y aislamiento social. La naturaleza de la interrelación entre obesidad y psicopatología ha sido ampliamente cuestionada pero aun está en estudio(1). La psicopatología asociada con el sobrepeso puede ser, sobretodo, una consecuencia de una larga historia de "batallas perdidas" contra el sobrepeso así como el reflejo frecuente del impacto de la discriminación experimentada por individuos obesos, observando el impacto negativo de la obesidad en el funcionamiento cotidiano(3). Además los pacientes obesos sienten frecuentemente vergüenza ante la sociedad por su sobrepeso y dejan de hacer actividades que podrían ser saludables mentalmente, p ej., actividades recreativas y experimentan discriminación social(4).

Es de gran importancia que el psiquiatra se interese en conocer las causas y el manejo del paciente obeso ya que uno de los efectos secundarios más frecuentes de los psicofármacos es el aumento de peso, incluyendo antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y en menor frecuencia los ansiolíticos (3).

Clasificación:

Los trastornos de la alimentación se encuentran dentro de 3 categorías según el DSM IV⁽⁵⁾: 1) anorexia, 2) Bulimia y 3) trastornos del comer no especificados. Dentro de ésta última categoría se encuentran el exceso de comer sin purgación y otros comportamientos de anorexia y bulimia acompañados de peso normal o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida.

Hay algunos estudios que proponen otras clasificaciones en los trastornos del comer, uno de ellos es el descrito por Bulik⁽⁶⁾ que divide a los trastornos del comer en 6 subgrupos: 1) preocupación excesiva por la figura y el peso, 2) Bajo peso con atracones, 3) Bajo peso sin atracones, 4) Anorexia, 5) Bulimia y 6) "Binge Eating" (comedores excesivos u atracones).

Dentro de la clase 6 de dicha clasificación se encontraron personas que a pesar de comer excesivamente su peso era más bajo de la normal y fue la clase donde se encontraron más personas con obesidad. Esta categoría diagnóstica aun no esta aceptada; sin embargo más de la mitad de los pacientes que entraron en esta categoría reportaron sentimientos de pérdida de control, lo cual sugiere una posible asociación con síntomas conductuales y fallas cognitivas como se observa en otras patologías donde se encuentra la dificultad de controlar algún impulso.

Además en diversos estudios se ha asociado a binge-eating mayor psicopatología, en particular altos niveles de depresión, y de otros trastornos emocionales, incluso de trastornos de personal al aplicarles el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ⁽⁷⁾

El término "Binge eating" (atracones) ha pasado de ser un síntoma y se ha considerado ya un síndrome propuesto para su inclusión en el DSM IV ⁽⁶⁾

Etiología de los trastornos del comer y de la obesidad:

Factores de riesgo:

Los trastornos del comer son producidos por una acción recíproca compleja de factores que puede incluir predisposiciones psicológicas y de personalidad, presiones familiares, sensibilidad genética y biológica y factores culturales.

Es difícil saber quien contrae los trastornos de alimentación, sin embargo se ha encontrado que algunos factores de riesgo, tanto en hombres como en mujeres son: depresión, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Otros estudios reportan que el 80 % de los estudiantes universitarios han comido excesivamente.

Incluso se ha propuesto que las dietas se asocian con depresión irritabilidad, pensamientos obsesivos, y pueden ser un factor causal para el desarrollo de atracones, bulimia y ganancia posterior de peso (8).

El vivir en naciones económicamente desarrolladas, en cualquier continente, es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación, sin embargo, dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia entre los habitantes ricos y pobres. La vida en la ciudad es un factor de riesgo para desarrollar bulimia pero no anorexia. En una prueba las personas con Trastornos del comer obtuvieron mayor calificación de Coeficiente intelectual que las personas que no sufrían estos trastornos. Los resultados fueron estadísticamente significativos.

Teorías psicológicas:

Las experiencias en la alimentación durante los primeros años de vida influyen en el peso corporal.

Las personas que desde la lactancia fueron alimentados con exceso conservan más células adiposas hasta la edad adulta y los malos hábitos persisten.

Se han propuesto varias Teorías psicológicas de la obesidad que se centran en la sensibilidad ante las señales externas e internas del hambre. Una de ellas es la formulada por Schachter que propone que los obesos son menos sensibles que las personas de peso normal a las señales internas del hambre como el "dolor" por hambre y los síntomas provocados por niveles bajos de glucosa en sangre. Esta dificultad para darse cuenta cuándo tienen hambre y cuándo no, provocan que estas personas mantengan menos control sobre la cantidad de comida que ingieren. En cambio son muy sensibles a los estímulos externos de los alimentos, como el aroma de la comida, y estos controlen su conducta de comer. (4)

Hay controversia al respecto ya que hay investigaciones que demuestran que la generalidad de la gente, y no solo los obesos, tienen dificultad para interpretar las señales internas, los experimentos que muestran que los obesos son más sensibles a las señales externas del hambre, son difíciles de repetir cuando se logra, es débil la relación entre el peso y la sensibilidad a dichos estímulos. (4)

Otras influencias psicológicas en el desarrollo de la obesidad incluyen temperamento, actitudes y procesos aprendidos tal como aprendizaje por imitación y respuestas mal adaptativas al estrés. Brush propuso que en el desarrollo de la obesidad y de otros T. del comer son fundamentales las

distorsiones en la relación madre-hijo, principalmente cuando hay psicopatología en la madre; las madres con sintomatología psiquiátrica y con trastornos de personalidad tiene una tasa alta de hijo con obesidad severa. Si la madre responde con comida a las conductas de su hijo, entonces el hijo no aprenderá a distinguir fácilmente entre el hambre y los estados emocionales. Si la madre no se encuentra conforme con sus hijos, puede reaccionar aumentando la sobreprotección y sobrealimentación y como consecuencia tener hijos obesos. La obesidad infantil se relaciona con la obesidad de los padres. (9)

También se ha encontrado que, tanto en el obeso como en personas con tendencia biológica a ser obesos pero que mantienen el peso corporal dentro del rango normal, hay altos niveles de restricción (tendencia a ejercer un control cognitivo sobre la ingesta); sin embargo, frente a ciertos desinhibidores como el alimento, emociones de carácter negativo o el alcohol, se observa una conducta paradójica caracterizada por una pérdida transitoria de la restricción e ingesta incrementada (contraregulación). Un patrón opuesto de comportamiento ocurriría en sujetos de peso normal sin tendencia a la obesidad: frente a desinhibidores disminuyen su ingesta desarrollando un patrón de regulación. La restricción carece de atributos de un rasgo estable y fluctúa dependiendo de diversas situaciones, el ambiente y modificaciones individuales, por ejemplo la edad. (4)

Dentro los factores psicodinámicos sugeridos en la etiología de la obesidad, destacan la fijación oral, la regresión oral y la sobrevaloración de la comida. Además el paciente presenta con frecuencia distorsión de la imagen corporal y un pobre condicionamiento de la ingesta de comida. (1)

Los trastornos emocionales van con frecuencia acompañados de depresión, trastornos de ansiedad o ambos, pero aun no se sabe si los trastornos emocionales son causa o resultado de los trastornos del comer.

Entre un 40 y un 80 % de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer, sin embargo los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como único tratamiento. La gravedad del trastorno del comer tampoco se relaciona con la gravedad del trastorno emocional existente (10). Por otro lado los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores en algunas personas con anorexia y bulimia severas. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos de triptofano, un componente que se encuentra en la comida y es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión, Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional del estímulo proteínico. La dopamina se ha relacionado con sensaciones de satisfacción y placer , puede ser una de las causa por la que las personas obesas se aferran a la comida como los alcohólicos y drogadictos a la bebida y a las drogas.

Investigadores del laboratorio Nacional de Brookhaven del departamento de energía de Estados Unidos, revelaron que las personas obesas tiene menos receptores a dopamina en el cerebro y puede que coman más para estimular los circuitos cerebrales del placer, como una forma de compensar la deficiencia; así las estrategias dirigidas a mejorar la función de la dopamina pueden ser benéficas en el tratamiento de los individuos obesos. Se encontró también una correlación inversa entre el IMC y la cantidad de receptores de dopamina el cual no se encontró en individuos de peso normal. (11)

Las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo preceden por lo general al inicio del trastorno del de comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir, Las fobias sociales son comunes en los trastornos del comer.

En el estudio de Berman (12) se encontró que el grupo de 37 obesos se encontró psicopatología en eje 1 en el 50%.

En el de Goldsmith (13) que evaluó 54 obesos de entre 29 y 79 años se encontró t. afectivo en 26%, hist. De t afectivo 48% y algun dx en eje I en su vida en 55.6%

Por su parte Halmi (14) encontró en 80 obesos a quienes se les practico bypass, 47.5% de diagnóstico en eje I de los cuales 28.7 eran T. depresivos.

Factores Familiares y culturales:

Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tiene mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo abuso de sustancias que la población general, Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual que es hasta de un 35 % en las mujeres con bulimia.

Un estudio encontró que el 40 % de las niñas de entre y 9 años están tratando de perder peso.

Al investigar el funcionamiento familiar y el ajuste psicosocial de jóvenes con sobrepeso se encontró un significativo efecto negativo del sobrepeso en la escala de aceptación social, bajos puntajes de apariencia física, competencia atlética aceptación social y autoestima. Además, los padres y maestros de adolescentes y preadolescentes con sobrepeso reportaron más problemas de conducta. Fue más evidente los puntajes bajos en las escalas antes mencionadas en las mujeres participantes que en los varones. Estudios de interés sugieren que el sobrepeso está influenciado tanto por carga genética como por el ambiente familiar. (15)

Los efectos adversos de la obesidad son también a nivel social, en las sociedades occidentales las actitudes negativas hacia la obesidad son muy frecuentes provocando rechazo con sus consecuencias a nivel psicológico. El impacto económico es considerable ya que son individuos que necesitan más servicios de salud por todos los riesgos físicos secundarios a la obesidad y además hay secundariamente menor productividad. (3)

La obesidad se ha incrementado considerablemente en la década pasada en países desarrollados como EU, la explicación más común es que la población ha sido expuesta a cambios ambientales dramáticos "tóxicos", esto es, decremento en actividades físicas, incremento de comida preparada "rápida y barata" no saludable, e incluso las restricciones al tabaquismo que han contribuido a incrementar los rangos de sobrepeso y obesidad, lo que se ha corroborado en diversas investigaciones. (3)

Es claro que la obesidad es mucho más frecuente en la cultura occidental que en la oriental, el comer no saludable es muy común en América; al mismo tiempo las presiones sociales de la cultura occidental desempeñan sin duda un papel importante en la etiología de algunos trastornos del comer.

Factores biológicos:

Existe una predisposición genética para la obesidad, un estudio de 540 niños adoptados demostró una relación estrecha entre el índice de su masa corporal y el de sus padres biológicos. Esta relación no se encontró entre los niños y sus padres adoptivos. Estudios en gemelos también han demostrado influencias genéticas importantes entre el índice de masa corporal y poca influencia del ambiente de la infancia. Aunque los estudios varían se puede explicar hasta un 50 a 75% de la obesidad por influencias genéticas. Se desconocen los mecanismos exactos mediante los cuales las influencias genéticas afectan el peso corporal; sin embargo la mayor parte de la evidencia sugiere que las diferencias de manera genética determinadas en el control del apetito y el gasto energético, son particularmente importantes. (16)

Además se han observado factores que indican que los niños obesos incrementan el número de células grasas (obesidad hiperplásicas), lo que predispone a la obesidad en la edad adulta. Cuando la obesidad se da por primera vez en la edad adulta suele ser una obesidad hipertrófica. (17)

A nivel genético se ha encontrado recientemente que puede estar asociada al gene que codifica para leptina y carboxipeptidasa E. Se está estudiando actualmente la relación con el receptor B3 adrenérgico el cual se asocia con bajo rango de metabolismo, inicio temprano de diabetes y altos grados de obesidad (3).

Para probar si los individuos obesos presentaban anormalidades en la recepción de dopamina estudiaron a 10 persona excesivamente obesas y 10 personas con peso normal. Se usó una técnica de imágenes cerebrales inyectando a cada participante con un marcador químico que se uniría a los receptores de dopamina. Luego midieron la señal de los marcadores, la presencia de señales potentes indicaba un alto número de receptores. Se encontró que los obesos tienen menos receptores de dopamina que los del grupo control. Este es uno de los principales hallazgos ya que la comida es una forma de compensar la deficiencia. También se encontró una correlación inversa entre el índice de masa corporal y los receptores de dopamina lo cual no fue evidente en personas con peso normal, (11). Otros estudios a base de imágenes cerebrales de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de factores de secreción de corticotropina los cuales se secretan en periodos de estrés y bloquean al neuropéptido Y, un potente estimulante del apetito, aun no hay evidencia clara al respecto ya que algunos estudios indican que esta anormalidad es posterior al desarrollo de la anorexia, Se necesitan más estudios respectivos. Otro estudio vincula niveles inestables, generalmente bajos de "leptin" con la anorexia; esta sustancia está en estudio por su papel en la obesidad.

Obesidad y su relación con el temperamento, el carácter y la personalidad:

Vinculados con los trastornos del comer están los trastornos de personalidad específicos: evasiva en la anorexia e inestable en la bulimia, así como narcisismo en ambas. Todos estos rasgos pueden encontrarse en cualquiera de los categorías de los trastornos del comer.

Algunos estudios indican que hasta un tercio de pacientes con anorexia restrictiva tiene personalidad cluster C, (evasiva y obsesiva), con inhibición sexual y emocional. También tiene a menudo una vida de fantasías menor a la bulimia o a las personas que no sufren trastornos del comer. Rara vez se rebelan y se les percibe en general como personas que siempre son buenas. Son sumamente sensibles al fracaso y cualquier crítica, no importa cual leve sea, refuerza su creencia de " no ser buenos". Se han descrito asociaciones con temperamentos tales como impulsivo, compulsivo y "neuroticismo".

Casi el 40 % de las personas que tiene bulimia tienen personalidades inestables. Tales personas tienden a tener estados de ánimo, pensamientos, comportamientos y autopercepción inestables, No pueden soportar el estar solos, exigen atención constante y tiene dificultad para controlar sus impulsos.

Los estudios también han encontrado que las personas con bulimia o anorexia tienen una tasa de narcisismo elevada, con dificultad para calmarse a sí

mismo, dificultad para empatizar con otros, necesidad de admiración e hipersensibilidad a la crítica y a la derrota.

Al estudiar la personalidad en personas obesas se han encontrado resultados interesantes aunque algunos aun son contradictorios. Los más consistentes han sido tendencia a la impulsividad, baja autoestima y actitudes de perfeccionismo, desinhibición y baja socialización, pero estos no son específicos de este trastorno. (7)

Castelnuovo-Tedesco concluyó que aun cuando la depresión y los trastornos de personalidad eran comunes entre los obesos mórbidos, resultaba raro encontrar entre éstos, psicopatología severa, como sería la psicosis o "neurosis" incapacitantes. (18)

Black, (19) en 1992, estudió la prevalencia de trastornos mentales en 88 obesos mórbidos candidatos a gastroplastía comparados con un grupo control y encontró que 84% de los pacientes con obesidad mórbida tenían trastornos mentales en comparación con el grupo control en el que su porcentaje fue de 59%, así mismo en el área de personalidad encontró que 72% de los obesos mórbidos cumplían criterios para un trastorno de personalidad (tanto en Cluster A, B y C) contra 37% del grupo control.

En cuanto a la personalidad en los pacientes con obesidad mórbida, se ha encontrado que hay una mayor tasa de trastornos de personalidad, fundamentalmente pasivo-agresivo, límite, dependiente y ansioso. Esto se encontró en un estudio realizado en 50 mujeres que solicitaron cirugía para bajar de peso utilizando el examen internacional de trastornos de personalidad del CIE 10. En este estudio no hubo relación entre la edad de inicio de la obesidad y la personalidad encontrada. La personalidad esquizoide se relacionó con mal resultado posterior a la cirugía (20)

En otro estudio, en el que se evaluó la personalidad y la predicción de pérdida de peso y recaídas en el tratamiento de la obesidad, se encontró que la personalidad estable es un predictor del mantenimiento de la pérdida de peso a largo tiempo. En dicho estudio se evaluaron 102 obesos que entraron a un tratamiento inicial de 8 semanas que consistía en una dieta hipocalórica (1000cal), entrenamiento físico y grupos basados en terapia cognitivo conductual, focalizada en manejo de estrés, solución de problemas y patrones de alimentación y de otros estilos de vida. Se les aplicó el SCID II, el MADRS y el KSP (un cuestionario de autorreporte de personalidad usado en Escandinavia). Se les dio seguimiento al finalizar el tratamiento, una semana después 3 y 12 meses después (21) Los resultados de ese estudio demostraron que la tensión muscular, la monotonía, la suspicacia y culpa anormales fueron significativamente asociadas con recaída. Sin embargo como en muchos estudios de este tipo, las asociaciones fueron débiles y la sensibilidad y especificidad fueron modestas.

En otros dos estudios realizados en 98 individuos obesos en total a quienes se les dio parte del tratamiento contra la obesidad con fijación de mandíbula, se encontró que los que tenían altos niveles de ansiedad impulsividad, inflexibilidad e irritabilidad, así como baja socialización, fueron más propensos a recobrar el peso perdido a un año de terminación del tratamiento (21)

Se ha descrito que en pacientes con obesidad mórbida que solicitan cirugía para bajar de peso, hay una mayor tasa de trastornos de personalidad, fundamentalmente pasivo-agresivos, límite, por dependencia y ansioso (20). En enero del presente año se publicó otro estudio realizado en población hispana en una muestra de 50 mujeres con obesidad mórbida intervenidas con cirugía gástrica para perder peso y se encontró que dichas mujeres tenían puntuaciones elevadas en trastorno de personalidad paranoide, anancástico, esquizoide y ansioso. No se encontró, en dicho estudio, relación entre la edad de inicio de la obesidad y la personalidad encontrada.

En una investigación se aplicaron a 120 personas obesas (que a su vez están en dos grupos, con T. por atracones o sin él) y 80 controles, el ITC, encontrando que sí hubo diferencias en algunos rangos de temperamento sin que estas fueran significativas, la principal fue que el temperamento de evitación al daño es alto en personas obesas con T. por atracones, y que estos presentan mayor inseguridad, nerviosismo y pasividad que los pacientes sin T, por atracones; además en estos últimos se encontraron menores niveles de autodirección, llegando a la conclusión de que el riesgo de desarrollar obesidad es alto en personas binge-eaters con bajos niveles de autodirección. Ambos subgrupos de pacientes mostraron una diferencia significativa en búsqueda de la novedad y evitación al daño en comparación con su contraparte controles. Es decir, en general en los pacientes obesos el temperamento está conformado principalmente por irritabilidad, excitabilidad, impulsividad, pasividad, inseguridad y nerviosismo que los sujetos no obesos. (7)

También se concluyó que el sobrepeso no está directamente relacionado con la psicopatología.

Retomando la clasificación de T. Por atracones, se encontró que en los pacientes que lo padecen y que presentan obesidad, hay, en su personalidad, altos niveles de dependencia, bajos niveles de dominio, optimismo y autoestima.

En el mismo tipo de pacientes, en otra investigación (6), se les aplicó el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) encontrando una significativa asociación en pacientes con T, por atracones y altos niveles de psicopatología, en las subescalas del MMPI-2 de depresión, paranoia, "psychastenia", esquizofrenia e introversión social.

Otras asociaciones entre obesidad y psicopatología:

Sin ser un término reconocido oficialmente por la psiquiatría, la adicción define conductas con características de dependencia, originadas generalmente por sustancias, pero también se han descrito para el juego, televisión sexo y comida, ya que son actividades que pueden presentarse en algunos casos con una necesidad imperiosa de perpetuarlas convirtiéndose en las llamadas "adicciones comportamentales.⁽²²⁾ Esto puede estar asociado con la alta incidencia de padres adictos y alcohólicos de padres de pacientes con trastornos del comer. Es posible que algunas personas obesas tengan este tipo de "adicción" o "compulsión" aunque esto aun está en estudio. Por otra parte, se conoce ya que existe una asociación poco común entre el estreptococo beta hemolítico y el trastorno obsesivo compulsivo, a la vez el TOC y algunos trastornos del comer como la anorexia o el comer "compulsivamente tienen varios comportamientos en común. Faltan numerosas investigaciones para tratar de aclarar si existe, en efecto, una asociación entre el TOC y los trastornos del comer y si estos a la vez se pueden asociar con mecanismos autoinmunes.

Estudios adicionales permitirán clasificar a los obesos en subgrupos, según las diferentes características etiológicas. Considerando los conocimientos imperfectos de las causas de la obesidad, es esencial que no se juzgue a los pacientes personalmente responsables de su trastorno. Estos hallazgos en conjunto pueden ayudar para el tratamiento de la obesidad desde otro punto de vista ya que es claro que no hay un método eficaz aislado para tratar la obesidad. Utilizando las técnicas convencionales, solo 20 % de los pacientes perderán 10 kg. y conservarán la pérdida por más de dos años; 5 % sostendrán una pérdida de 20 kg. Los programas de mayor éxito son multidisciplinarios. Se requieren cambios a largo plazo en la conducta de alimentación para conservar la pérdida de peso en donde se ha observado que son muy útiles las técnicas psicoterapéuticas de modificación de conducta.

Tratamiento:

En cuanto a los programas de tratamiento conductual para control de peso, se ha observado que, al combinarlo con dietas hipocalórica y ejercicio físico, ha sido efectivo para bajar de peso, asociado con decremento en depresión y en el grado de insatisfacción corporal y con incremento en la autoestima y en el funcionamiento interpersonal. Sin embargo, a un año de conclusión de dicho tratamiento, hay recuperación del peso perdido del 35 al 50%. Teniendo en cuenta que la obesidad es una condición crónica, no es sorprendente que esto pase cuando el tratamiento termina .

La psicoterapia no debe ser considerada como el tratamiento primario para obesidad, esto no significa que no juegue un rol importante. La psicoterapia (principalmente la cognitivo-conductual y la interpersonal) es útil para realzar la autoaceptación del paciente obeso quien ha aprendido a sentirse avergonzado acerca de su peso y puede ayudar al paciente a enfrentar el rechazo que persiste en nuestra cultura hacia las personas obesas (5). En general, la elevación de la autoestima y por lo tanto autoaceptarse, puede ser la llave para desarrollar motivación para trabajar un cambio en el estilo de vida con conductas alimenticias más saludables.(21)

Aun es incierto el rol que juegan los medicamentos en los trastornos del comer y en la obesidad (23), sin embargo queda claro la relación entre los psicofármacos su efecto secundario con el aumento de peso, el cual es más notorio en los que bloquean receptores H1, 5HT2C y D2 (3).

El sistema serotoninérgico también juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad, por lo que los inhibidores de la recaptura de serotonina tienen un efecto de disminuir el apetito y los antagonistas tiene el efecto opuesto. Se ha encontrado que el gen transportador de la serotonina puede estar relacionado con el sobrepeso, principalmente con la impulsividad característica de personas obesas (24).

La American Psychiatry Association Practice Guideline for Eating recomiendan un tratamiento multidisciplinario esto es con intervenciones familiares e individuales con psicoterapia cognitivo conductual y con farmacoterapia adjunta. (23)

En un estudio randomizado de placebo contra fluoxetina, en 120 mujeres bulímicas se encontró que la fluoxetina en combinación con terapia provocó una gran mejoría en las pacientes, disminuyendo los atracones y las conductas purgativas, en especial las de vómito en comparación con las pacientes que recibieron placebo en combinación con el mismo tipo de psicoterapia (25). Otro estudio con 483 hombres y mujeres corroboró estos resultados (23).

Los Atracones sin conductas purgativas (binge eating) son parecidos a la bulimia, por lo cual se ha estudiado el papel de los psicofármacos para este trastorno. Un estudio multicéntrico de 52 semanas de duración, doble ciego placebo contra fluoxetina en 45 pacientes obesos divididos en 2 grupos 22 con atracones y 23 sin atracones, todos los sujetos recibieron terapia conductual y placebo o fluoxetina, se observó que los pacientes que recibieron fluoxetina presentaron mayor pérdida de peso que los pacientes que recibieron placebo pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos entre ambos grupos (25).

En otro estudio (26) con 120 pacientes obesos no deprimidos que recibieron fluoxetina contra placebo mostró diferencias significativa en pérdida de peso en pacientes tratados con fluoxetina, sin embargo estos resultados fueron solo a corto plazo, 8 semanas., en otro estudio similar pero a 54 semanas no se observó diferencia significativa , la mayor pérdida de peso se observó a las 20 semanas.

La mayoría de los estudios reportan que vuelve a presentarse incremento de peso cuando el tratamiento se discontinúa.

Solo dos medicamentos han sido eficaces a largo tiempo, uno es la silbutramine que es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y de norepinefrina , el otro, es orlistat es un inhibidor de la lipasa intestinal. La información existente de la combinación de estos medicamentos con otros psicofármacos es una contradictoria pero no se recomienda.

La cirugía bariátrica se indica solamente en pacientes con obesidad grado III que tengan comorbilidad con enfermedades graves como diabetes o apnea del sueño , sin embargo la mortalidad de este método varía del 1.6 al 2.3% y puede haber complicaciones graves como colelitiasis (23).

Los grupos de autoayuda (pej, comedores compulsivos anónimos) funcionan como red de apoyo y capacitación para individuos obesos y sirven también como un foro para orientar y cambiar la discriminación y los estereotipos culturales dañinos (3).

Se puede concluir que es importante estudiar la personalidad en pacientes obesos aunque el rol de ésta en el tratamiento de los trastornos del comer, en especial de la obesidad aun no queda clara. Los resultados de los estudios de personalidad en esta área son inconsistentes y a veces contradictorios. Aun así, es posible que en un futuro, la personalidad tenga importancia como predictor en las conductas saludables y los resultados de los tratamientos de obesidad.

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Existen actualmente numerosos estudios en el campo de trastornos de la alimentación, principalmente para los trastorno de anorexia y bulimia, sin embargo, a pesar de que la obesidad es un problema de salud pública muy frecuente y de tener alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, aun se desconocen algunos aspectos etiológicos relacionados con procesos biológicos, psicológicos, así como varias de las consecuencias de la obesidad en el área de la salud mental, por lo que esta investigación ayudaría a conocer un poco más sobre la relación entre la obesidad y la psicopatología en pacientes mexicanos intentando afocarse al área del temperamento, carácter, ansiedad y depresión; tratando de encontrar la correlación de éstos con el sobrepeso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Varias investigaciones han reportado la asociación entre trastornos de personalidad y del estado de ánimo en pacientes con trastornos de la alimentación, aunque la obesidad per se no es un trastorno psiquiátrico, sí existe una alta comorbilidad con psicopatología en eje uno y eje dos del DSMIV. Hay evidencias de componentes neurobiológicos y psicodinámicos en la etiología de la obesidad. Siendo así cabe el siguiente planteamiento:

OBJETIVOS

- 1) Determinar si existe asociación entre algún tipo en particular de temperamento y carácter con la obesidad.
- 2) Determinar si existe relación entre la ansiedad y su intensidad con la obesidad y el grado de ésta.
- 3) Determinar si existe relación con la depresión y su intensidad con la obesidad y el grado de ésta.
- 4) Determinar la prevalencia existente de temperamento, carácter y de trastornos del ánimo en una muestra de pacientes obesos mexicanos.

HIPOTESIS

Nula (H0) :

a) No hay correlación entre algún trastorno del ánimo, ni de la ansiedad ni depresión con la obesidad, en la muestra de este estudio.

Alterna (H1) :

a) Si la obesidad se relaciona con frecuencia con impulsividad, baja autoestima, actitudes perfeccionistas y baja socialización, entonces se asociará frecuentemente a ansiedad patológica, depresión y con puntuaciones menores en búsqueda de la novedad (NS) y altas puntuaciones en evitación al daño (HA) y dependencia a la recompensa (RD) en las valoraciones de temperamento y con bajos niveles en el carácter de autotrascendencia (SD) .

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio

Es un estudio transversal y de escrutinio

Tipo de muestra

Criterios de inclusión :

- a) Hombres o mujeres mexicanos, mayores de 16 años.
- b) Alfabetos
- c) Que cumplan con los criterios de obesidad exógena descritos anteriormente
- d) Que carezcan con algún trastorno psiquiátrico identificado
- e) Que no tengan tratamiento actual con psicofármacos o psicoterapia
- f) Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

Criterios de eliminación:

- a) Que no regresen los cuestionarios autoaplicables
- b) Que regresen los cuestionarios incompletos

Tamaño de la muestra:

Se seleccionó una muestra de 36 pacientes con obesidad de la población abierta que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio.

Adicionalmente se comparó, de manera parcial, con una muestra de un grupo control histórico que fue seleccionado de una base de datos de sujetos mexicanos quienes han sido entrevistados para diversas investigaciones y se les aplicaron diferentes instrumentos clínicos y baterías psicométricas incluyendo el Listado de Síntomas Clínicos SCL -90 para descartar diagnóstico psiquiátrico y que completaron los cuestionarios del ITC.

Variables:

1.- Dependiente:

- a) Obesidad,
Tipo: Ordinal

2.- Independientes:

- a) Temperamento y carácter
Tipo: nominal
- b) Ansiedad y depresión
Tipo: ordinal

Escalas:

1.- Inventario de temperamento y carácter (ITC)

Desarrollada por Cloninger, es autoaplicable, consta de 240 preguntas de respuesta forzosa falso / verdadero. Traducida y validada al español en 1996 por Sánchez de Carmona. (27)

Se divide en 7 dimensiones diferentes, 4 valoran temperamento, el cual es descrito por Cloninger como la parte emocional heredable, estable y profundo que es mediado por neurotransmisores en el sistema nervioso central. Las 4 dimensiones del temperamento son: a) búsqueda de la novedad (NS), cuando los niveles son bajos en NS reflejan pobre actividad explorativa, inseguridad, poca iniciativa, negación al cambio; b) evitación al daño (HA), refleja la eficiencia del sistema de inhibición conductual, altos niveles en esta escala se observan en individuos extremadamente cuidadosos, pasivos e inseguros que presentan con frecuencia ansiedad y depresión en los eventos estresantes de la vida; el c) es la dependencia a la recompensa (RD) se encuentran altas puntuaciones en personas sentimentales, empáticas y fácilmente influenciadas por otros, la última dimensión del temperamento es la persistencia (P) expresa el mantenimiento de las conductas y la tolerancia a la frustración, altos puntajes reflejan rigidez y tendencia a ser obsesivos.

Las otras 3 valoran carácter, que es definido como los rasgos de la personalidad que se adquieren a través de la experiencia. Las 3 dimensiones del carácter son: autodirección (SD) expresa el grado con el cual el sujeto se ve a sí mismo como autónomo e integral, la cooperatividad (C) demuestra el grado con el cual el individuo se ve a sí mismo como parte de la sociedad, por último la autotranscendencia (ST) refleja el grado con el cual el individuo se ve a sí mismo como parte del universo.

2.- Escala de Hamilton para depresión (HD)

Consta de 17 reactivos que tiene una calificación máxima de 52 puntos, se aplica por un entrevistador. Fue traducida y validada al español por Berlanga y cols. en 1992 (28)

3.- Escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A)

Entrevista semiestructurada diseñada para medir los niveles de ansiedad, consta de 14 preguntas cada una de ellas se califica del 0 al 4. Traducido y validado en 1998 por Nicolini y cols. La confiabilidad de esta escala es del 80% entre observadores (28).

Procedimiento:

A cada paciente seleccionado se le solicitó su consentimiento informado verbal de aceptar participar, se le aplicaron las escalas correspondientes, aclarando el carácter informativo y no curativo de esta investigación. Se le invitó también, si así lo deseaban en participar en futuras investigaciones genéticas en pacientes obesos.

Al tener los resultados de las pruebas aplicadas a todos los pacientes se realizó el análisis estadístico de correlación de Pearson entre las variables de la muestra de pacientes obesos, posteriormente se comparó únicamente el ITC de la muestra de pacientes obesos con el ITC de la muestra del grupo control histórico señalado.

Resultados:

Se recabaron los datos del ITC HD y HA de 36 sujetos obesos, con los siguientes datos demográficos: el 38.9% eran empleados, el 16.7% amas de casa, el mismo porcentaje fue de profesionistas, el 13.9% eran técnicos, el 8.3% fueron comerciantes y solo hubo dos personas desempleadas. La escolaridad fue de 25% para nivel licenciatura, otro 25% para bachillerato, 22% secundaria, 16.7% nivel técnico/comercial y 8.3% con primaria. En cuanto al estado civil el 41.7% de la muestra fueron solteros, 30% casados 16.7% separados/divorciados y el 5.6% viudos.

Al valorar el IMC se encontraron 12 sujetos (33.3%) con obesidad leve y 24 (66.7%) con obesidad moderada (*Gráfica 1*).

La presencia de depresión solo se encontró en 7 sujetos (19.4%) de los cuales 6 tuvieron depresión leve y solo uno con depresión moderada. (*Gráfica 2*). La ansiedad patológica solo estuvo presente en dos sujetos, ambos con intensidad leve. Cabe señalar que a pesar de no llegar a grados patológicos la mayoría de los sujetos obesos presentaron síntomas depresivos y ansiosos, solo 4 individuos negaron tener algún síntoma depresivo y solo 2 negaron tener síntomas ansiosos.

En cuanto al temperamento y carácter (*Gráfica 3,4 y 5*) . En los principales Items los resultados fueron los siguientes, en NS el promedio fue de 19.6 +5.6en controles y de 17.2+5.2 en obesos, en HA de 13.6+-6.3 en controles y 14.5 +-6.8 en obesos, en RD fue de 15+-4 en controles y 14.4 +-3.6 en obesos, para persistencia (P) el promedio en controles fue de 5.3 +- 1.7 y en obesos fue de 4.9 +-2. En cuanto al carácter los promedios en controles fueron 34+-6.1 en SD y de

30+-8 en obesos, para Cooperatividad (C) el promedio de controles fue de 31.9 +-5.9 y en obesos de 31.7 +-5.8, por último en autotrascendencia el promedio fue de 13.9 +-6.3 en controles y de 15.3+-5.7 en obesos. Los resultados detallados se demuestran en la *tabla 1*.

Dentro de esta población de obesos al realizar las correlaciones de pearson se encontraron las siguientes asociaciones en temperamento: NS discreta con RD (.447) y con edad. HA discreta e inversa con P (-.424) y con SD (-.347) y discreta y directa con HD (.378) y con ansiedad (.419). RD con C, discreta (.404). P moderada con SD (.684) e inversa y discreta con edad (-.363), con HD (-.428) y con ansiedad (-.361).

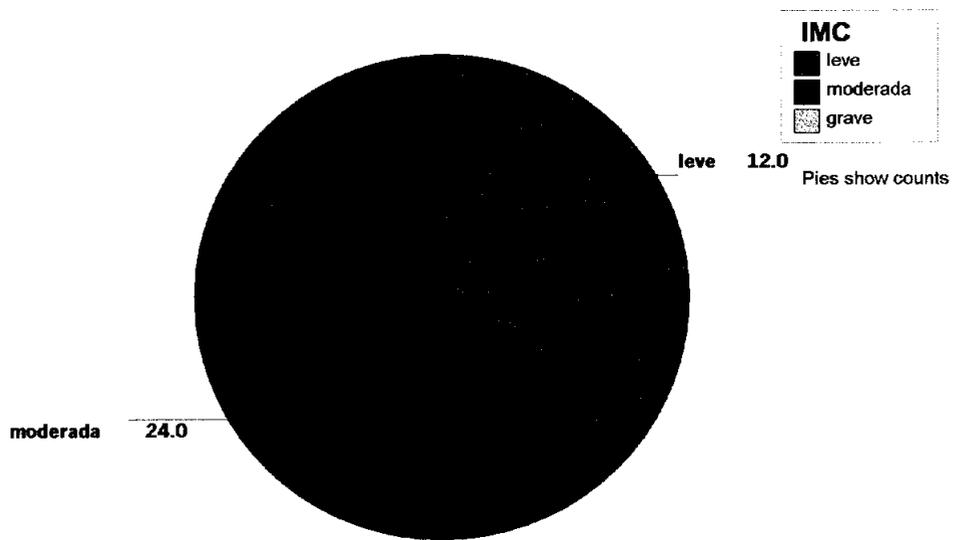
En carácter: SD moderada con C (.653), discreta e inversa con edad (-.476) y con depresión y ansiedad (-.428) y (-.419) respectivamente y discreta y directa con escolaridad (.473). En C se encontró asociación negativa y discreta únicamente con ansiedad (-.484). En ST solo discreta y directa con edad (.356).

La edad se relacionó discretamente con la ansiedad (.486) e inversamente la escolaridad se relacionó también con la ansiedad (-.332)

El IMC se comparó con cada uno de las escalas y las subescalas de temperamento y carácter, con las escalas de Hamilton de depresión y de ansiedad y con las variables demográficas, la correlación de pearson nunca fue mayor de .222, por lo tanto no hubo significancia estadística con ninguna variable.

GRAFICA 1

Proporción de la intensidad del IMC en el gpo. de obesos

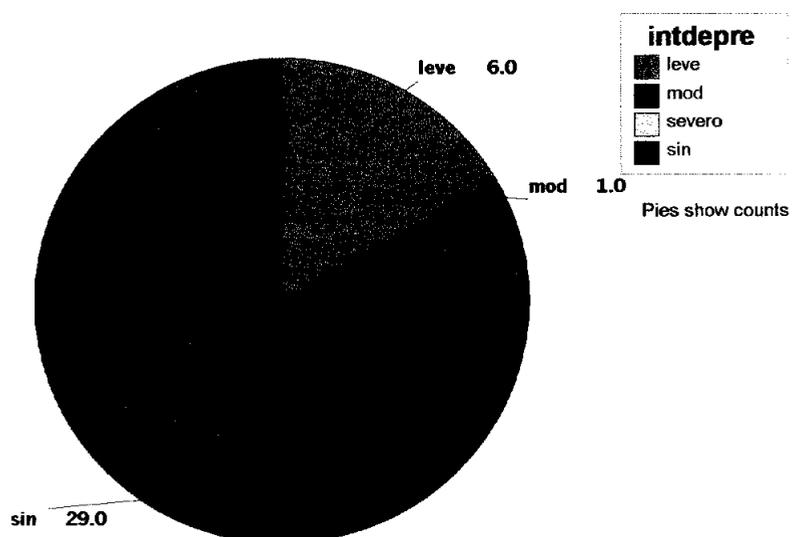


Indice de masa corporal moderada = 24 sujetos = 66.67 %

Indice de masa corporal leve = 12 sujetos = 33.3 %

GRAFICA 2

Proporción de la intensidad de depresión en gpo. obesos



Sin depresión = 29 sujetos = 80.5%
Depresión leve = 6 sujetos = 16.7 %
Depresión moderada = 1 sujeto = 2.78%

TABLA 1**Tabla comparativa del ITC completo controles-obesos**

ESCALA	XC	DC	XO	DO	T	SIGNIFICANCIA
NS	19.6	5.6	17.2	5.2	2.1	0.0
NS1	6.8	1.9	5.9	2.3	2.1	0.0
NS2	3.5	2.1	2.8	2.2	1.6	0.1
NS3	3.3	2	4.2	2	-2.2	0.0
NS4	4	1.8	4.1	2.1	-0.3	0.8
HA	13.6	6.3	14.5	6.8	-0.7	0.5
HA1	3.5	2.6	3.9	2.6	-0.7	0.5
HA2	3.9	1.6	3.9	1.6	0.0	1.0
HA3	3.1	2.6	3.3	1.9	-0.4	0.7
HA4	3	2.1	3.4	2.1	-0.9	0.4
RD	15	4	14.4	3.6	0.7	0.5
RD1	6.2	2.5	6.6	2.1	-0.8	0.4
RD3	5	1.8	4.4	2.1	1.5	0.1
RD4	3.8	1.5	3.3	1.6	1.6	0.1
P	5.3	1.7	4.9	2	1.1	0.3
SD	34	6.1	30	8	2.8	0.0
SD1	6.9	1.4	5.7	2.1	3.5	0.0
SD2	6.3	1.8	5.4	2	2.3	0.0
SD3	4.2	0.9	3.3	1.7	3.5	0.0
SD4	7.1	2.3	6.9	2.1	0.4	0.7
SD5	9.6	1.6	8.6	2.7	2.4	0.0
C	31.9	5.9	31.7	5.8	0.2	0.9
C1	6.3	1.9	6.3	1.4	0.0	1.0
C2	4.7	1.5	5	1.7	-0.9	0.4
C3	6.1	1.7	5.9	2.4	0.5	0.6
C4	8.1	2.2	8	2.1	0.2	0.8
C5	6.7	1.6	6.6	1.5	0.3	0.8
ST	13.9	6.3	15.3	5.7	-1.1	0.3
ST1	5.1	2.4	5.7	2.5	-1.2	0.2
ST2	3.5	1.8	4	1.9	-1.3	0.2
ST3	5.4	3.6	5.6	2.8	-0.3	0.8

XC=Promedio controles

DC=Desviación estandar controles

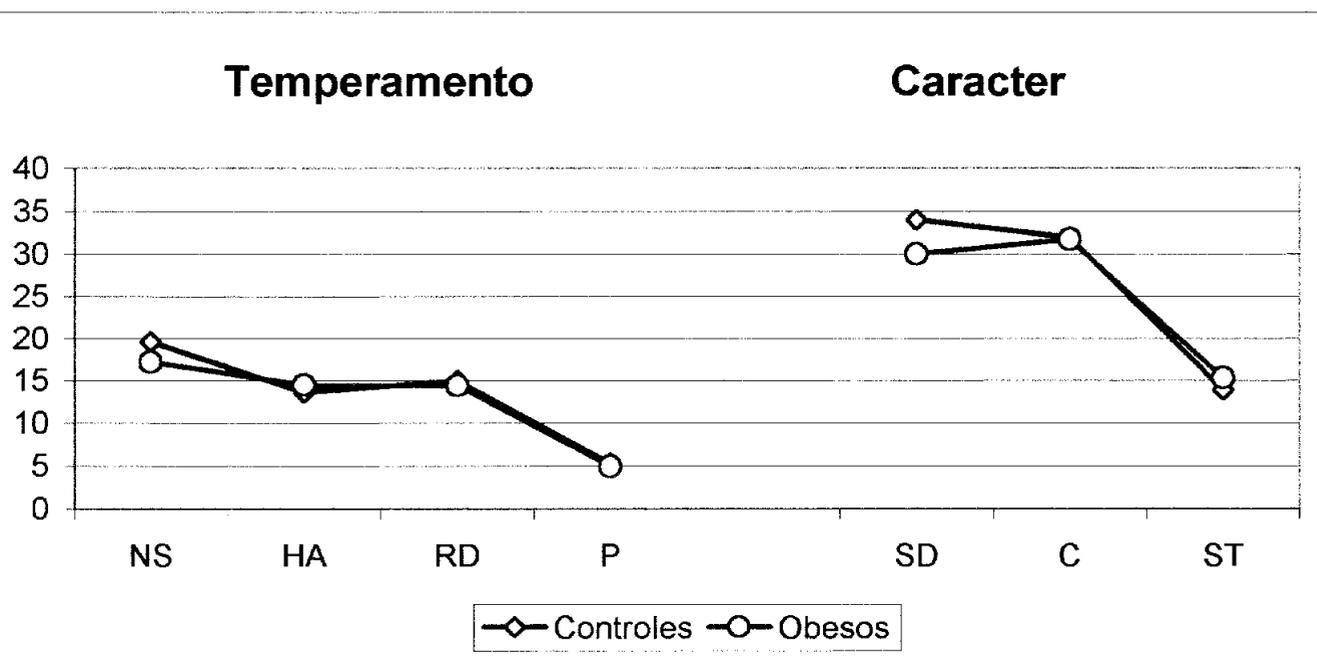
XO=Promedio obesos

DO=Desviación estandar obesos

T= T de students

GRAFICA 3

Comparación de subescalas del ITC en controles - obesos

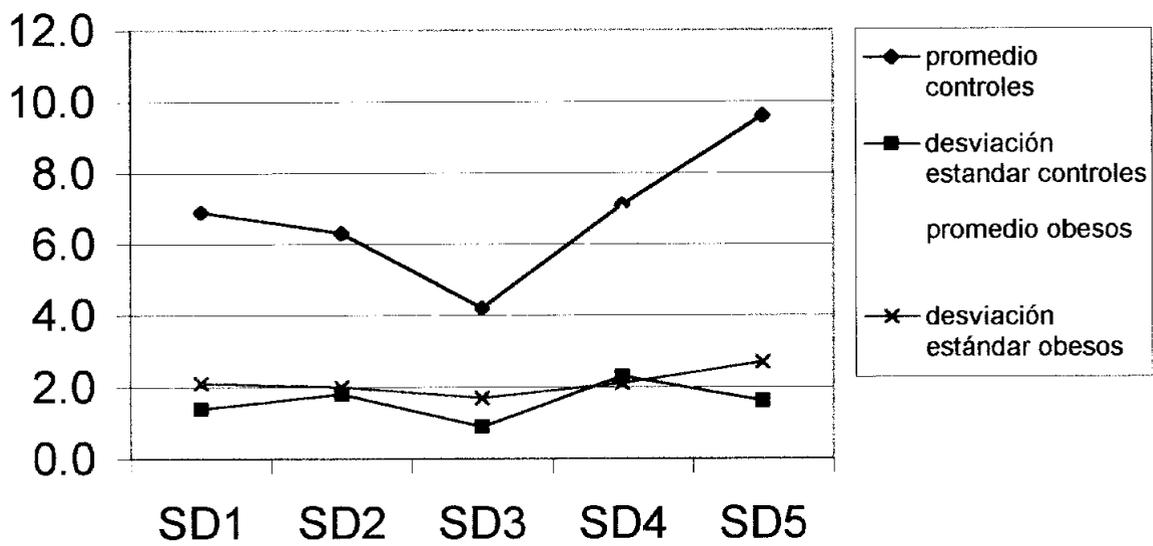


TEMPERAMENTO :
NS = búsqueda de la novedad
HA = evitación al daño
RD = dependencia a la recompensa
P = persistencia

CARÁCTER:
SD = autodirección
C = cooperatividad
ST = autotrascendencia

GRAFICA 4

**Comparación controles-obesos en escala SD (autodirección)
con sus subescalas**



SD = Autodirección

SD1= Responsabilidad vs. Intolerancia

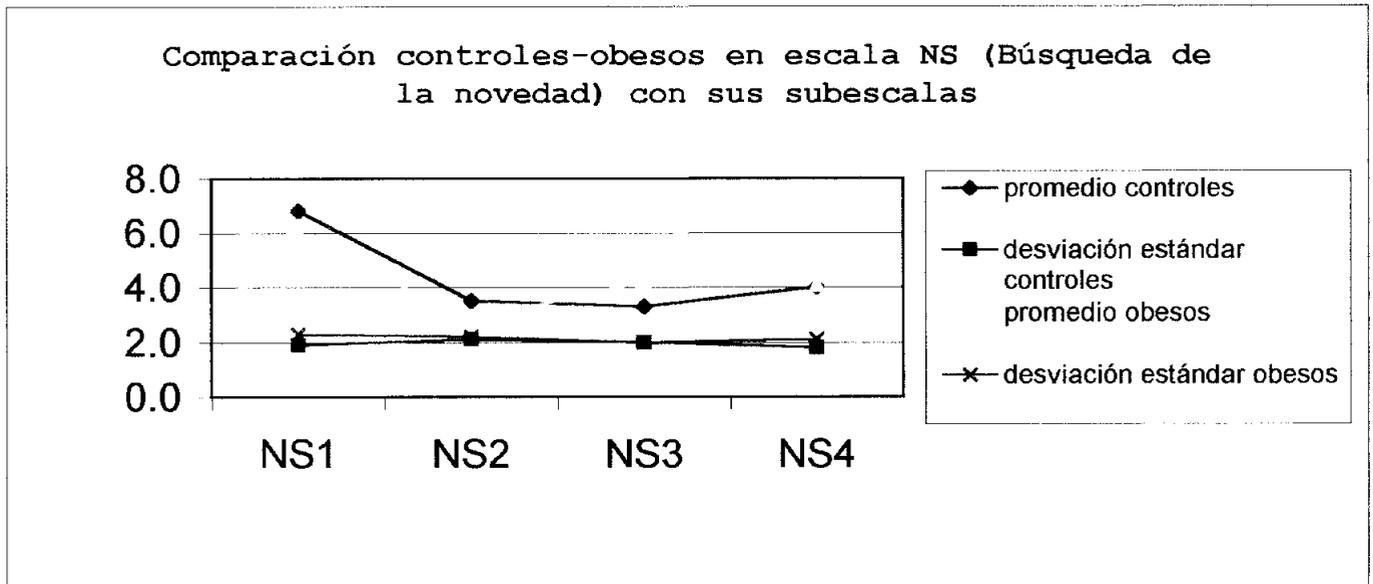
SD2= Determinación vs. Sin dirección

SD3= Con recursos vs. Apatía

SD4= Autoaceptación vs. Lucha interna

SD5= Congruencia con ideales

GRAFICA 5



NS= Búsqueda de la novedad
NS1=Exitabilidad exploratoria vs. Rigidez
NS2=Impulsividad vs. Reflexión
NS3=Extravagancia vs. Discreción
NS4=Desorden vs. Restricción

Discusión:

El principal objetivo de este estudio era determinar si existía asociación entre algún tipo en particular de temperamento y carácter con obesidad, al respecto se encontró que solo hubo diferencia significativa entre controles y obesos en búsqueda de la novedad (NS) siendo más bajo en obesos en comparación con los controles, esto significa que en esta muestra de obesos se corroboró lo descrito en la literatura que las personas obesas presentan más ansiedad, inseguridad y pobre iniciativa, características que se reflejan en el ítem NS, esto concuerda con el estudio de Fassino y cols.) (7 donde también no encontraron diferencia significativa en este ítem en comparación con el grupo control. En autodirección (SD) que también fue significativa la diferencia entre controles y obesos siendo también más baja en estos últimos. Esto significa que los pacientes obesos de esta muestra presentan menor grado de autonomía y autoaceptación, siendo a la vez más intolerantes, la significancia en SD solo se había reportado al comparar obesos con atracones y obesos sin atracones (7). Llama la atención que en este grupo no hubo diferencia significativa en evitación al daño (HA) por dos razones, la primera es que este ítem es frecuentemente alto en personas con depresión y ansiedad, patologías no presentes en los controles pero frecuentes en los obesos participantes, y la segunda es que sí se ha encontrado diferencia significativa en otros estudios (7).

Otro de los objetivos de el presente estudio era observar si existía relación entre depresión, ansiedad y obesidad, este objetivo no pudo ser llevado a cabo por la falta de Hamilton depresión y Hamilton ansiedad en el grupo control, sin embargo, solo el 19.7% de la muestra de obesos presentó depresión y de ellos solo uno tuvo depresión moderada y ninguno grave. Estos datos corroboran lo descrito en la literatura de que los pacientes con obesidad presentan mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo que la población general, sin embargo, el porcentaje es menor en comparación con la mayoría de los estudios que también lo han investigado, esto puede ser porque en este caso ninguno de los sujetos padecía obesidad mórbida y en cambio la mayoría de los estudios de este tipo se realizan en personas con obesidad mórbida; este hecho es una prueba más de que la intensidad de la obesidad se relaciona proporcionalmente con la presencia de depresión y ansiedad, aunque aun no se puede afirmar si es causa o consecuencia. Por otra parte no se puede concluir que la intensidad de la depresión sea directamente proporcional al grado de obesidad. La proporción de depresión sí es significativamente más alta que la de la población en general, sin embargo el pequeño tamaño de la muestra nos limita a sacar más conclusiones al respecto y solo se describe como hallazgo. La ansiedad patológica se presentó con mucho menor frecuencia que la depresión (5%), pero aun así en mayor grado que en la población en general. Sin embargo no se analizaron más datos para

detectar algún otro tipo de ansiedad, por ejemplo fobias o TOC ya que está reportado que son frecuentes en pacientes obesos (hasta el 15%). Llama la atención que 89 % de los pacientes que participaron en este estudio tenían síntomas depresivos aunque el 72% no llegaba a grados patológicos, de igual manera solo el 6% (4 sujetos) no tenían síntomas ansiosos y del 94 % restante, el 89% no llegaban a grados patológicos.

Por otro lado también se observó que en el análisis de la muestra interna (sin grupo control) se relacionaban directamente la búsqueda de la novedad con la dependencia a la recompensa, este hallazgo no concuerda con lo descrito en la literatura (z) ya que la relación esperable en individuos obesos eran menores grados de búsqueda de la novedad (NS) pero mayores en dependencia a la recompensa (RD).

En cambio, la relación inversa existente entre evitación al daño con persistencia y con autodirección y directa con ansiedad y depresión sí se relaciona con lo descrito por Cloninger (27) que describe que los individuos con altos niveles en esta escala presentan altos grados de depresión y ansiedad y esto repercute en continuar en una conducta (persistencia) y existe una lucha interna lo que baja los puntajes de autodirección. A la vez la dependencia a la recompensa que en este grupo se relacionó directa aunque discretamente con la cooperatividad, es decir, mientras más sensibles y empáticos más cooperadores pueden ser.

La persistencia con la autodirección también se relacionan directamente en este grupo, esto es algo esperable ya que las personas persistentes tiene mayor autodirección en su vida, independientemente del peso, al mismo tiempo la persistencia es inversamente proporcional a la depresión y a la ansiedad, ya que cuando estas aparecen disminuyen secundariamente la capacidad de mantenerse y persistir. La autodirección se correlacionó directa y moderadamente con la cooperatividad y con la escolaridad e inversamente con la edad, con depresión y ansiedad, esto es, a mayor educación, mayor edad, menor ansiedad y depresión habrá más autodirección. Otro hallazgo fue que a mayor edad hay mayor autotrascendencia, lo que puede ser lógico ya que la autotrascendencia (ST) es un ítem de personalidad y por lo tanto puede variar con la experiencia. También la edad se relacionó directamente con mayores puntajes en evitación al daño, es decir con mayor preocupación, fatigabilidad y miedo, esto, puede ser, porque dichas características se incrementan con los síntomas afectivos y a su vez los síntomas afectivos, en especial la ansiedad sí fue más frecuente significativamente con mayor edad, La ansiedad se relacionó inversamente con la escolaridad, hallazgo lógico pero no relacionado con la obesidad.

Se insiste en que estos hallazgos solo fueron dentro de la muestra de obesos y hay muy pocos estudios reportados que permitan comparar datos similares. Esta es la razón por la que no se pudo encontrar ninguna correlación directa de la obesidad en los Items del ITC.

Dentro de las limitaciones del presente estudio esta el tamaño reducido de la muestra y la falta de datos completos de un grupo control que nos permita llegar a más asociaciones en obesidad y trastornos del estado de ánimo, además no se tomaron en cuenta otros factores que son sumamente importantes como la dieta que lleva el paciente y su relación con el tipo de actividad que tenga (pasivo, activo, etc.), los factores hereditarios y de hábitos familiares tampoco se tomaron en cuenta.

Es importante resaltar que es posible que los resultados obtenidos en este estudio no se relacionen fácilmente con los reportados en la literatura porque la muestra de pacientes de este estudio se tomó de una población general y no de pacientes obesos que hayan ido voluntariamente a solicitar ayuda médica o psiquiátrica como ha sido el caso de la mayoría de los estudios descritos en el marco teórico, además en esta población el 67% presentó obesidad moderada y el 33% leve, no hubo ningún caso de obesidad mórbida, mientras que en la mayoría de los estudios de este tipo la muestra la conforman obesos mórbidos y esto puede dar muchas diferencias en la mayoría de las variables.

Este estudio, sumado a los existentes sobre el mismo tema, puede ayudar a concientizar a los especialistas en salud mental sobre las relaciones existentes entre la psicopatología y la obesidad para tomar en cuenta a los sujetos obesos como una población especial en riesgo de depresión y ansiedad y tomar en cuenta las características de su temperamento y carácter para poder comprenderlos y ayudarlos mejor. También puede ayudar a los especialistas en el área de nutrición para poner atención e indagar sobre el estado mental de sus pacientes y canalizarlos a terapia psicológica y/o psiquiátrica cuando sea necesario.

Finalmente hay que reconocer que hacen falta más estudios sobre la misma línea que el presente para poder llegar a conclusiones definitivas que nos ayuden a comprender, prevenir y tratar de una manera más integral la cada vez más frecuente obesidad; no solo desde el punto de vista nutricional sino también desde el punto de vista de la salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kaplan H., Sadock B
"Sinopsis de psiquiatría"
7ª edición, edit. Panamericana 996-1001
- 2.- Tierney J., McPhee S., Papadakis M.
"Diagnóstico clínico y tratamiento"
Edit. Manual Moderno, 30ª edición
1995, pp. 1100.
- 3.- Devlin M., Yanovsky S., Wilson T.
"What mental health professionals need to know"
Am. J. Psychiatry 2000; 157: 854-866.
- 4.- Morris J.
"Psicología un nuevo enfoque"
Edit Prentice-hall, pp154
- 5.- DSMIV Breviario de criterios diagnósticos
Edit. Masson.
- 6.- Gladis M., Wadden T., Foster R.
"A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity"
Int J Eat Disorder 1998 23: 17-26.
- 7.- Fassino S., Leombruni P., Piero A.,
"Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder".
Comprehensive psychiatry 2002; 43: 431-437
- 8.- Berman et al
"The incidence and comorbidity of psychiatric disorders in obesity"
Journal of personality Disorders 1992; 6: 168-175
- 9.- Schattino I., SanfuentesM, Lagarribel M.
"Influencia de la restricción alimentaria sobre la diada madre-hija"
Actas luso-esp.Neurol. psiquiatrica. 1998; 26: 303-308
- 10.- Tanco S., Linden W., Earle T.
"Well-Being and morbid obesity in Women: A controlled Therapy Evaluation"
Int. J Eat Disord 1998; 23:325-339
- 11.- Noble E.P.
"Addiction and its reward process through polymorphidmd of the D2 dopaminereceptor gene: a review".
Eur Psychiatry 2000; 15:79-89
- 12.- Striegel-Moore R., Schreiber A., Lo A.
"Eating Disorders Symptoms in a Cohort of 11 to 16 year old black and White Girls: The NHLBI growth and health study"
- 13.- Goldsmith S, Anger-Friedfeld K.,
"Psychiatric illnes in patients presenting for obesity treatment"
Int.J of Eat Disord. 1992; 12: 63-71

- 14.- Halmi K, Long M.,
 "Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients"
 Am J of psychiatry 1980 ; 4: 470-472
 Int. J Eat Disord 200; 27:49-66,
- 15.- Stradmeijer M., Bosch Joop, Koops Wilem
 "Family Functionic and Psychosocial adjustment in overwitghYoungsters"
 Int. J. Eat disord. 2000; 27:110-114
- 16.- Salin pascual J
 "Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría"
 Edit Mc Graw Hill Interamericana pp.209-210
- 17.- Harrison, Wilsos, Braunwald
 "Principios de Medicina Interna"
 12ª edición, edit. Panamericana pp154.
- 18.- Castelnuovo, Tedesco P.
 "Bypass surgery for super obesity: the patient's experience in the
 psychological experience of surgery"
 Edited By Blacher RS. New York, Jonh Wiley 1987
- 19.- Black D, Goldstein R, Mason E
 "Prevalence of mental disorders in 88 morbidly obese bariatric clinic patients"
 Am. Journal Psychiatry 1992; 149: 227-234.
- 20.- Guisado J.A., Vaz M.A., Rubio J.J.,
 "Personalidad en mujeres con obesidad mórbida"
 Psiquiatría biológica , 2001 ene 8 (1).
- 21.- Walker S, Poston C, Ericcson M
 "Personality and Prediction of Weight loss and relapse in the treatmente of
 obesity"
 Int. J, Eat disorders, 1999; 25: 301-309
- 23.- H. Cía A.
 "Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados"
 1ª ediciónm edit. El ateneo pp 335-6
- 23.- Schatzberg A
 "New Indications for antidepressants"
 J Clin Psychiatry 2000 ;61 suppl 11, 9-17.
- 24.- Camarena B, Ruvinskis E., Santiago H.
 "Serotonin Transportes gene and obese females with impulsivity"
 Molecular psychiatry 2002; 7: 829-830
- 25.- Scott Mizes, Sloan Denisse
 "An empirical Analysis of eating Disorder, not otherwise specified: Preliminary
 support for a distinct subgroup"
 Int. J Eat Disord. 1998; 23: 233-242
- 26.- Marcus M, Wing R, Ewing L
 "A double Blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behavior
 modificationin the treatment of obese binge-eaters and non binge-eaters"
 Am.J.Psychiatry 1990; 147: 876-881.

- 27.- Sánchez de Carmona M., Paez F., López J.
"Traducción y confiabilidad del Inventario de Temperamento y carácter ITC"
Salud mental V 19, supl.3; Oct 1996:5-9.
- 28.- Apiquian R, Fresán A, Nicolini H
"Evaluación de la psicopatología. Escalas en español"
Edit. JGH editores pp67-68, 39-41, 51.