

Relación entre sintomatología ansiosa, depresiva y compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares

Géssica Damares Garcia¹
Daniele Alcalá Pompeo²
Letícia Palota Eid³
Cláudia Bernardi Cesarino²
Maria Helena Pinto²
Laryssa Wilson Paiva Gonçalves⁴

Objetivos: identificar la presencia de compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares y verificar su relación con las variables sociodemográficas, clínicas y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. **Método:** estudio correlacional, de corte transversal, con muestra constituida por 111 pacientes con enfermedades cardiovasculares. La presencia de síntomas ansiosos y depresivos fue evaluada con el instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* y la compulsión alimenticia fue evaluada por medio de una escala tipo Likert denominada Escala de Compulsión Alimenticia Periódica (*Binge Eating Scale*). **Resultados:** hubo predominio de pacientes sin compulsión alimenticia (n=91; 82%), seguida de la presencia de compulsión alimenticia moderada (n=15; 13,5%) y grave (n=5; 4,5%), siendo asociada a niveles elevados de índice de masa corporal ($p=0,010$) y a la presencia de síntomas ansiosos ($p=0,017$). **Conclusión:** la compulsión alimenticia estuvo presente en 18% de los pacientes, estando asociada al índice de masa corporal y a la ansiedad, sugiriendo que los profesionales de la salud deben prestar atención a la evaluación integral del paciente con enfermedades cardiovasculares. Importantes resultados surgieron de ese estudio, destacándose la necesidad de la implementación de programas para mejorar la salud mental y física de los pacientes, tanto en servicios de atención primaria como especializada.

Descriptores: Trastorno por Atracón; Ansiedad; Depresión; Enfermedades Cardiovasculares; Obesidad; Evaluación en Salud.

¹ Alumna del curso de Residencia Multidisciplinaria en Salud del Niño y del Adolescente, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Unidade Acadêmica Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Jataí, GO, Brasil.

⁴ MSc.

Cómo citar este artículo

Garcia GD, Pompeo DA, Eid LP, Cesarino CB, Pinto MH, Gonçalves LWP. Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3040 [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2567.3040>.

mes día año

URL

Introducción

Datos estadísticos recientes de la *American Heart Association* evidenciaron que las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen liderando las causas más comunes de mortalidad en el mundo. En 2013, representaron cerca de 17,3 millones de un total de 54 millones de muertes o 31,5% de todas las muertes globales, siendo que la mayoría, cerca de 80%, ocurrió en países de baja y media renta, incluyendo al Brasil. A pesar de que las tasas de mortalidad por esas causas habían disminuido, se estima que en 2030, 43,9% de la población adulta de los Estados Unidos deberá tener alguna de sus formas clínicas⁽¹⁾.

Las enfermedades cardiovasculares, en gran parte, pueden ser prevenidas por medio del combate a los factores de riesgo tradicionales, tales como tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hipertensión, dieta inadecuada y dislipidemia⁽¹⁾. Adicionalmente, recientes estudios apuntan que factores psicológicos, como los estados emocionales de ansiedad y depresión, también están asociados a la presencia de estas condiciones y, por tanto, deben ser considerados en su administración clínica⁽¹⁻³⁾.

Recientemente, una cohorte grande fue realizada en el Reino Unido demostró que la depresión fue prospectivamente asociada a enfermedades cardíacas, cerebro vasculares y periféricas⁽²⁾. De la misma forma, la *American Heart Association* reunió diversas evidencias sobre el efecto de síntomas ansiosos, depresivos y otros estados emocionales negativos que actúan, de manera independiente, en el apareamiento y agravamiento de enfermedades cardiovasculares, como accidente vascular cerebral e infarto agudo del miocardio⁽³⁾.

Además de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés, tristeza y rabia, que son condiciones frecuentemente asociadas a esas enfermedades, el comer de forma compulsiva también puede ser una estrategia de enfrentamiento utilizada para amenizar o resolver problemas cotidianos, proporcionando sensación de placer⁽⁴⁾.

Ese comportamiento caracterizado por la ingestión de elevada cantidad de alimentos en un período delimitado, acompañado de sensación de pérdida de control, es denominado de trastorno de compulsión alimenticia⁽⁵⁻⁶⁾. Para caracterizar el diagnóstico, esos episodios deben ocurrir, por lo menos, dos días por semana en los últimos seis meses, asociados a algunas características de pérdida de control y no acompañados de comportamientos compensatorios dirigidos para la pérdida de peso^(5,7).

La compulsión alimenticia abarca mínimamente dos elementos: el subjetivo (sensación de pérdida de control) y el objetivo (cantidad del consumo alimenticio).

Un ejemplo de una situación que puede desencadenar ese trastorno es el estrés, con la consecuente liberación de cortisol, el que actúa estimulando a ingestión de alimentos y el aumento del peso⁽⁸⁾.

En Estados Unidos, una muestra representativa de adultos del *National Health and Wellness Survey* fue reclutada en un panel *on-line* para responder a una investigación en la Internet sobre cuestiones destinadas a evaluar comportamientos alimenticios compulsivos. Del total de 22.397 entrevistados, 344 refirieron criterios que atendían al diagnóstico de compulsión alimenticia. La frecuencia alimenticia compulsiva ocurrió, en media, en más de dos o tres días por semana, con duración de siete a 12 meses y fue caracterizada como síntoma grave⁽⁹⁾.

Clínicamente, la compulsión alimenticia ha sido frecuentemente asociada a déficits metabólicos y condiciones clínicas que predisponen al apareamiento de enfermedades cardiovasculares, como obesidad, dislipidemias y diabetes. Las evidencias apuntan que ese trastorno, juntamente con otros disturbios alimenticios, puede afectar a cerca de 40% de las personas con diabetes mellitus tipo 2, comprometiendo el control metabólico y elevando el riesgo de complicaciones vasculares⁽¹⁰⁾. No obstante, individuos con compulsión alimenticia presentaron mayor riesgo, estimado en 10 años, de presentar enfermedades cardiovasculares, con base en el puntaje de riesgo de *Framingham*⁽¹¹⁾.

A pesar de evidencias consistentes, ese disturbio alimenticio no es investigado o evaluado de forma efectiva por los profesionales que actúan en el cuidado directo. Un estudio con pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca reveló que los problemas de origen emocional no son identificados adecuadamente por los profesionales de salud, apuntando algunas probables razones para esa situación, como la dificultad de los pacientes en revelar su estado emocional, por miedo de ser calificados como enfermos mentales y la asistencia realizada por los profesionales orientada por el modelo biomédico, cuya atención se encuentra enfocada principalmente en la patología y en el tratamiento⁽³⁾.

Un reciente estudio que objetivó investigar los conocimientos y las actitudes de los profesionales de salud australianos en relación al trastorno de compulsión alimenticia, concluyó que los profesionales demostraron reluctancia en diagnosticar ese trastorno y la obesidad como situación de comorbilidad. Además de eso, el conocimiento de las complicaciones físicas asociadas a la compulsión alimenticia se mostró limitado⁽¹²⁾.

La literatura demuestra la necesidad de realizar un abordaje enfocado en los síntomas de compulsión alimenticia como parte de programas y orientaciones de reducción de riesgos, en atenciones clínicas a pacientes con enfermedades cardiovasculares, como también

la identificación y tratamiento de otras condiciones estresantes de orden psicológica, como la ansiedad y la depresión⁽⁴⁾. Es inestimable que los profesionales sean capacitados y sensibilizados para prestar una atención integral, considerando la magnitud de factores psicológicos en diversos procesos patológicos.

Se observa una tímida producción científica en lo que se refiere a la prevalencia y a factores asociados a la compulsión alimenticia, en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Por lo expuesto, el objetivo de esa investigación fue identificar la presencia de compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares y verificar su relación con variables sociodemográficas, clínicas y con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.

Método

Se trata de un estudio transversal, desarrollado en una Unidad de Internación Clínica y Quirúrgica destinada a la especialidad cardiovascular, en un Hospital de Enseñanza del interior del Estado de Sao Paulo. Este hospital es una institución pública de gran porte, que tiene convenios con 102 municipios de la región Noreste del estado de Sao Paulo, con un total de 597 camas y realiza 89.025 atenciones mensuales.

La población fue constituida por pacientes con enfermedades cardiovasculares, internados en el referido hospital, independiente del sexo, con 18 años o más y clasificados con sobrepeso y obesidad. Los criterios de exclusión fueron: no conseguir comunicarse verbalmente y no poseer condiciones cognitivas que posibiliten la participación en el estudio, verificada por medio de la capacidad de informar su edad o fecha de nacimiento, dirección residencial, día de la semana y del mes. Los participantes que atendieron a los criterios de inclusión fueron seleccionados por medio de muestreo consecutivo y no probabilístico (n=111) y la recogida de datos fue realizada en el período de 01/06/2015 a 28/02/2016.

Los datos sociodemográficos y clínicos fueron recogidos por medio de un instrumento propio, constituido por los siguientes ítems: sexo, edad, estado civil, escolaridad, profesión actual, renta, peso corporal, altura, índice de masa corporal, pérdida o ganancia de peso reciente, diagnóstico médico y presencia de comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias u otras enfermedades.

La presencia de síntomas ansiosos y depresivos fue evaluada por el instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)⁽¹³⁾, en su versión validada para portugués⁽¹⁴⁾. La escala posee 14 ítems (siete para la evaluación de síntomas ansiosos y siete para síntomas depresivos), evaluados en una escala de cero a tres puntos, con puntajes

variando de cero a 21 puntos. Los valores mayores indican elevada sintomatología de ansiedad y depresión⁽¹⁴⁾.

La compulsión alimenticia fue evaluada por medio de la escala tipo Likert denominada Escala de Compulsión Alimenticia Periódica ECAP (*Binge Eating Scale* – BES).

La ECAP posee 16 ítems y fue desarrollada específicamente para evaluación de individuos obesos⁽¹⁵⁾, contemplando aspectos relacionados a características comportamentales (por ejemplo, cantidad de comida consumida), emocionales y cognitivas. Cada ítem posee de tres a cuatro posibilidades de respuestas, con valores variando de cero (ausencia) a tres (gravedad máxima), que deben ser seleccionados de acuerdo con la respuesta que más represente al individuo. El puntaje total varía de cero a 46 puntos. Los individuos son clasificados de acuerdo con los siguientes puntajes: ≤ 17 = ausencia de compulsión alimenticia; 18 a 26 = compulsión alimenticia moderada; ≥ 27 = compulsión alimenticia grave.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la ECAP presentó consistencia interna, medida por medio del Alfa de Cronbach, de 0,85, considerada moderadamente alta⁽¹⁵⁾.

La ECAP fue traducida y adaptada para el idioma portugués en 2001 y fue considerada adecuada para uso clínico⁽¹⁶⁾.

El índice de masa corporal (IMC) fue calculado dividiendo el peso por la altura al cuadrado. Individuos con sobrepeso fueron definidos por el IMC de 25Kg/m² a 29,9 Kg/m² y obesidad por el IMC igual o superior a 30Kg/m²⁽¹⁷⁾.

Durante la internación, la población de individuos internados en la Unidad Cardiovascular fue evaluada, por la investigadora, para identificación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares. Pacientes que atendieron a los criterios de inclusión fueron convidados a participar del estudio y, después de la obtención de la concordancia, la investigadora aplicó los instrumentos de caracterización sociodemográfica, HADS y ECAP, por medio de entrevista, en un único momento.

Los datos fueron procesados y analizados por medio del programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versión 19 para Windows. Para el análisis descriptivo de los datos fueron utilizadas medidas de posición (media y mediana) y variabilidad (desviación estándar). La consistencia interna de los ítems de la ECAP fue verificada por el alfa de Cronbach. Los datos cualitativos fueron asociados mediante la aplicación del test chi-cuadrado; los datos cuantitativos fueron comparados utilizando las pruebas: *t* (para muestras independientes), ANOVA, Kruskal-Wallis y Mann-Whitney. El test de correlación de Pearson fue utilizado para el análisis de las variables continuas normalmente distribuidas. La distribución de normalidad de las variables fue investigada por el test Kolmogorov-Smirnov. El nivel de significación adoptado fue de 0,05.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Sao José del Rio Preto, con el nº 1.059.880, en 12/05/2015.

Resultados

De los 111 pacientes con enfermedades cardiovasculares, 59 (53,2%) eran del sexo masculino y 52 (46,8%) del sexo femenino, con variación de edad entre 34 y 85 años, media 61,5 años \pm 10,1 y mediana 62,0 años. La mayoría relató poseer compañero (n=76; 68,5%), tener como grado de escolaridad máximo la enseñanza fundamental incompleta (n=88; 79,3%), ser jubilada (n=70; 63,1%) y poseer renta mensual entre uno a tres salarios mínimos (n=97; 87,4%).

La coronariopatía fue el diagnóstico médico de 93 pacientes (83,8%), seguido de la insuficiencia cardíaca congestiva (n=18; 16,2%). La mayor parte de los sujetos relató poseer comorbilidades asociadas a enfermedad cardíaca (27,0% una comorbilidad; 34,2% dos comorbilidades; 33,3% tres comorbilidades). El IMC varió de 25,1 la 40,8 Kg/m², con media de 30,5 y desviación estándar de 3,7 Kg/m². La mayoría de los pacientes relató no haber ganado o perdido peso en los últimos seis meses (75,7% y 53,2%, respectivamente).

El síntoma de ansiedad varió de cero a 21 puntos, siendo la media de 8,8 \pm 4,6 puntos. La sintomatología depresiva obtuvo intervalo de cero a 17 puntos, media 5,8 \pm 4,2 puntos.

Los resultados mostraron la presencia de correlación de la ansiedad con la edad ($r = -0,260$; $p = 0,005$) y la depresión ($r = 0,506$; $p = <0,0001$), de magnitud débil y moderada, respectivamente. La Figura 1 presenta la correlación entre ansiedad y depresión. No hubo relación estadísticamente significativa de la ansiedad con el sexo ($p = 0,2119$), diagnóstico médico ($p = 0,5430$) y IMC ($p = 0,2988$).

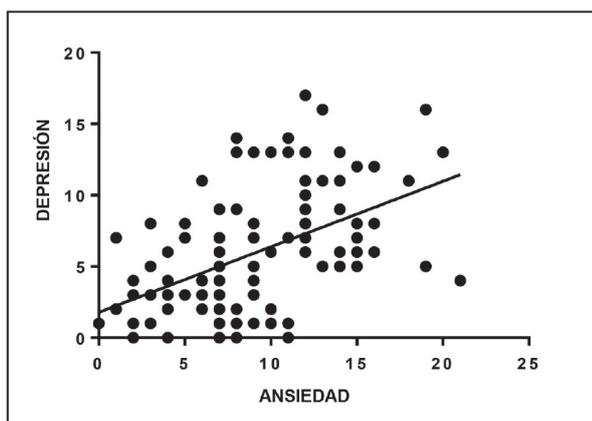


Figura 1. Análisis de correlación de Pearson de las variables depresión y ansiedad (n = 111). Sao José del Rio Preto, Sao Paulo, Brasil, 2015-2016

Los participantes del sexo femenino presentaron mayores síntomas depresivos cuando comparados a los del sexo masculino ($p = 0,0182$). La edad ($p = 0,1549$), el diagnóstico médico ($p = 0,1409$) y el IMC ($p = 0,707$) no influenciaron los síntomas depresivos.

En este estudio, predominaron pacientes sin compulsión alimenticia (n=91; 82%), seguida de la presencia de compulsión alimenticia moderada (n=15; 13,5%) y grave (n=5; 4,5%). Los valores variaron de cero a 29 puntos (intervalo permitido: cero a 46 puntos), con media de 8,34 \pm 8,1 puntos. La consistencia interna del ECAP, medida por medio del coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0,88.

La presencia de compulsión alimenticia fue asociada a niveles elevados de IMC ($p=0,010$). Los síntomas ansiosos no presentaron relación significativa con la compulsión alimenticia cuando clasificada en ausente, moderada y grave ($p=0,053$); sin embargo, los resultados demostraron asociación cuando la variable fue dicotomizada en presencia o ausencia de compulsión alimenticia ($p=0,017$), conforme mostrado en la Tabla 1.

Tabla 1. Medidas de las variables índice de masa corporal y síntomas ansiosos, según la compulsión alimenticia de los participantes (n = 111). Sao José del Rio Preto, SP, Brasil, 2015-2016

Variables	Índice de Masa Corporal	Síntomas ansiosos
	Media [DE* (Mediana)]	Media [DE* (Mediana)]
Compulsión alimenticia		
Ausencia (n=91)	30,00 [3,50 (29,390)]	8,34 [4,44 (8,00)]
Moderada (n=15)	33,28 [4,10 (33,590)]	11,33 [5,38 (12,00)]
Grave (n=5)	31,92 [4,49 (32,540)]	10,2 [3,76 (11,00)]
Valor p	0,010 [†]	0,053 [‡]
Compulsión alimenticia		
Ausencia (n=91)	--	8,34 [4,44 (8,00)]
Presencia (n=20)	--	11,05 [4,95 (11,5)]
Valor p	--	0,017 [‡]

*desviación estándar; [†]proveniente del Test Análisis de Variancia (ANOVA); [‡]proveniente del Test Kruskal-Wallis

No fueron constatadas asociaciones entre la presencia de compulsión alimenticia y las variables: sexo ($p=0,286$), escolaridad ($p=0,970$), presencia de compañero ($p=0,899$), diagnóstico médico ($p=0,213$), edad ($p=0,850$) y depresión ($p=0,497$).

Discusión

La compulsión alimenticia es un disturbo que coloca en peligro la salud física y psicosocial de los individuos. Los resultados de este estudio mostraron que ese comportamiento estuvo presente en 18% de los

pacientes con enfermedades cardiovasculares, estando asociado con elevación de IMC y ansiedad. Se encontró prevalencia de 8,4% en pacientes obesos admitidos en una unidad de rehabilitación cardiovascular en Croacia⁽⁴⁾, 16% en una muestra de 5.175 adultos obesos que procuraron un programa para reducción de peso⁽¹⁸⁾ y 12,2% en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2⁽¹⁹⁾.

Una investigación multicéntrica conducida por profesionales de diversos países con el objetivo de evaluar la situación epidemiológica de la compulsión alimenticia mundial, por medio de datos de la Organización Mundial de la Salud, demostró que su prevalencia en la población puede variar de 0,2% (Rumania) a 4,7% (Brasil) y que ese porcentaje puede elevarse en individuos del sexo femenino, con índice de masa corporal elevada, edad entre 18 y 29 años y que poseen enfermedades musculoesqueléticas, dolor crónico, diabetes, hipertensión, úlceras y cefaleas. La prevalencia de compulsión alimenticia en hipertensos fue de 1,8% y en enfermos del corazón fue de 0,9%⁽⁶⁾.

En nuestra muestra, la prevalencia de compulsión alimenticia fue elevada (18%) cuando comparada a la población general de Brasil (4,7%)⁽⁶⁾. El acto de comer de forma compulsiva pudo haber sido influenciado por el aumento de la ansiedad y la dificultad emocional de esas personas al lidiar con la condición de tener una enfermedad crónica. Destacamos, también, que nuestra muestra fue constituida por pacientes con sobrepeso y obesidad, cuyas tasas tienden a ser superiores.

Se observa un creciente número de investigaciones científicas que demostraron una fuerte asociación entre ese trastorno y la presencia de síndrome metabólico, obesidad y diabetes^(10,20-23), que son condiciones relacionadas a la enfermedad cardiovascular y que se constituyen en factores predisponentes para hipertensión arterial, disfunción endotelial y dislipidemias, pudiendo desencadenar un evento cardiovascular mayor, como por ejemplo, el infarto agudo del miocardio.

Además, ese disturbio fue relacionado, recientemente, a concentraciones elevadas de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-colesterol) en mujeres jóvenes, en una gran cohorte japonesa⁽²⁴⁾. Esos resultados refuerzan el hecho de que individuos con ese trastorno poseen grandes chances de presentar comorbilidades metabólicas y circulatorias subyacentes.

Un estudio basado en datos de las Investigaciones Mundiales de Salud Mental (que comprenden 19 países y 52.095 adultos) evaluó asociaciones entre el primer apareamiento de trastornos mentales y subsecuente apareamiento de hipertensión. Depresión, trastorno de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno de compulsión alimenticia, bulimia nervosa, abuso de

alcohol y de drogas fueron significativamente asociados al diagnóstico subsecuente de hipertensión⁽²⁰⁾.

Otro estudio de observación transversal - que utilizó datos del Estudio Longitudinal Brasileño de Salud del Adulto (ELSA-Brasil) para investigar la relación entre los episodios recurrentes de compulsión alimenticia, los perfiles nutricionales y el estilo de vida de sus participantes - evidenció que los episodios recurrentes de compulsión alimenticia fueron asociados a la obesidad, sobrepeso, sexo femenino, edad entre 34 y 54 años, ingestión de alcohol y comportamiento sedentario⁽²⁵⁾, condiciones caracterizadas, clásicamente, como factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Se piensa que, estos resultados pueden explicar, en parte, la importante prevalencia de compulsión alimenticia en pacientes con enfermedades cardiovasculares encontrada en este estudio.

A pesar de que esas evidencias son consistentes en la literatura, una reciente revisión enfatizó el subdiagnóstico de la compulsión alimenticia, sea por no ser reconocida esa condición como un desorden distinto o por la falta de concientización entre los pacientes de que ese disturbio es un comportamiento anormal y puede ser tratado. Los autores además evidenciaron que los médicos se concentran apenas en el tratamiento de comorbilidades, como diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, no llevando en consideración la posible asociación de esas condiciones con la compulsión alimenticia y, por tanto, alcanzando resultados terapéuticos incompletos⁽²⁶⁾.

Otro hallazgo relevante y que merece atención es la prevalencia de la compulsión alimenticia cada vez mayor en edades precoces. Resultados de un metaanálisis indicaron que la compulsión alimenticia era predominante en más de un cuarto de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad⁽²⁷⁾, demostrando claramente que las acciones de prevención deben ser iniciadas en la infancia, para prevenir resultados negativos en el futuro y para obtener impactos positivos sobre los índices de morbimortalidad.

Similarmente a nuestro estudio, otras investigaciones encontraron asociación entre la compulsión alimenticia y la elevación del IMC⁽²⁸⁻²⁹⁾. La obesidad posee múltiples etiologías y los factores emocionales parecen ejercer un papel relevante en su génesis. Conflictos y sentimientos de soledad fueron significativamente asociados a trastornos alimenticios, principalmente al síndrome de compulsión alimenticia, en pacientes obesos severos⁽²⁹⁾.

A pesar de que está claro que existe una asociación fuertemente positiva entre la compulsión alimenticia y los valores elevados de IMC^(18,22), se observan hallazgos divergentes en la literatura, en relación a los mecanismos de acción de la compulsión alimenticia en

la elevación de factores de riesgo cardiovasculares, no habiendo el consenso de si ese disturbio actúa de manera independiente o si sus efectos son mediados por el aumento del IMC. Eso demuestra la necesidad de investigar adicionalmente para elucidar posibles vías hormonales y otros mecanismos en juego, verificando ese riesgo adicional.

Un estudio sueco reciente realizado con 5.850 individuos diagnosticados con compulsión alimenticia, que objetivó identificar las principales comorbilidades somáticas presentes, encontró fuerte asociación de compulsión alimenticia con diabetes y enfermedades del sistema circulatorio, independiente de la presencia de obesidad. Dentro de la muestra de individuos con compulsión alimenticia, se descubrió que la presencia de obesidad fue asociada con aumento del riesgo de disturbios respiratorios, gastrointestinales y cutáneos, pero no con otras clases de enfermedades⁽²²⁾. Esta observación refuerza que el aumento del riesgo para algunas enfermedades en individuos con ese trastorno, incluyendo componentes del síndrome metabólico, no se debe simplemente a los efectos de la obesidad.

Además, obesos con compulsión alimenticia presentaron un perfil metabólico e inflamatorio desfavorable cuando comparados con obesos sin el trastorno alimenticio. La presencia de la compulsión alimenticia mostró fuerte asociación con porcentajes significativamente mayores de índice de masa corporal, circunferencia abdominal, resistencia a la insulina, masa grasosa y una menor masa magra. Además de eso, el grupo de obesos con compulsión alimenticia presentó niveles significativamente más bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad y niveles más elevados de hemoglobina glucosada, ácido úrico y proteína C-reactiva. Todas las diferencias permanecieron significativas después del ajuste del índice de masa corporal⁽²⁸⁾.

Por otro lado, la prevalencia de compulsión alimenticia fue asociada a mayores probabilidades de hipertensión, hipertrigliceridemia, disminución de HDL, resistencia a la insulina y síndrome metabólico, aparentemente mediadas por el aumento del IMC, entre los participantes del *Framingham Heart Study*, con compulsión alimenticia. El trastorno alimenticio se mostró fuertemente asociado, de manera independiente, apenas con la hiperglucemia. Además de eso, esos individuos presentaron más gordura visceral, subcutánea y hepática⁽¹¹⁾.

Un estudio reciente reforzó la idea de que la compulsión alimenticia no parece estar relacionada de forma independiente a los factores de riesgo cardiometabólicos, siendo esa relación mediada por la elevación del IMC⁽¹⁸⁾. Vale resaltar que, a pesar de

que permanezcan oscuros los mecanismos asociados a la elevación del riesgo cardiovascular en pacientes con compulsión alimenticia, la literatura es consistente sobre la relevancia clínica del rastreo y tratamiento de ese disturbio, a fin de reducir el riesgo de desarrollar obesidad y enfermedades cardiovasculares^(11,18).

Nuestros resultados además evidenciaron la presencia de ansiedad como factor que influencia la compulsión alimenticia, corroborando resultados de otras investigaciones^(4,30). En revisión de literatura se encontró que la ansiedad es un factor importante en el desarrollo y manutención de la compulsión alimenticia, apoyada por un conjunto de investigaciones anteriores que ilustran no apenas una alta simultaneidad entre esos trastornos, pero también las formas por las cuales la ansiedad puede desempeñar un papel único en la génesis del síndrome de compulsión alimenticia⁽³¹⁾.

Diversas otras evidencias apuntan para la importancia de déficits emocionales y factores estresantes en el desarrollo de la compulsión alimenticia, pudiendo explicar, en parte, la asociación de esa variable con la ansiedad. Modelos recientes con ratones, sometidos a diversos episodios de estrés, desarrollaron compulsión alimenticia y hiperfagia, imitando completamente las características comportamentales y metabólicas de la compulsión alimenticia humana⁽⁸⁾.

Además, individuos con compulsión alimenticia relataron mayores déficits psicológicos cuando comparados a los controles de obesos y de peso normal⁽³²⁾, sugiriendo la existencia de dificultades emocionales. Un estudio que buscó evaluar el impacto de factores psicológicos en la incidencia de compulsión alimenticia demostró una relación única de esta enfermedad con síntomas ansiosos, independientemente de la presencia de síntomas depresivos⁽³⁰⁾, evidenciando la ansiedad como un factor clave en el apareamiento de la compulsión alimenticia, la que debe ser incluida en investigaciones clínicas de este trastorno.

A pesar de que nuestro estudio no encontró asociación entre la depresión y la compulsión alimenticia, destacamos la correlación positiva entre los síntomas ansiosos y depresivos, corroborando la literatura en lo que se refiere a la íntima relación entre esas variables⁽³³⁾ y, despertando también, la atención para realizar investigaciones más concienzudas.

En esa perspectiva, una investigación reciente mostró que individuos con diagnóstico de compulsión alimenticia presentaron chances aumentadas de desarrollar ansiedad, depresión y disturbios cardiovasculares, mayor comprometimiento funcional y reducción de la calidad de vida, en comparación con aquellos sin ese diagnóstico⁽³³⁾, dejando claro que tratamientos amplios deben abordar los antecedentes

psicológicos, que son de importancia crítica para la naturaleza sindrómica de esta condición.

Considerando que la compulsión alimenticia puede provocar perfiles metabólicos y circulatorios desfavorables, los enfermeros que actúan en el cuidado directo al paciente con enfermedades cardiovasculares deben investigar la presencia de las manifestaciones de este trastorno, principalmente cuando asociado a la obesidad y sintomatología ansiosa, para así planificar una asistencia amplia e individualizada, obteniendo respuestas positivas en relación a la terapéutica instituida.

Además de eso, se piensa que el enfermero puede no obtener resultados satisfactorios al enseñar al paciente los cambios de estilo de vida relacionada a la dieta, si la compulsión alimenticia estuviese presente. De esta forma, se destaca la necesidad de realizar futuros estudios que investiguen si existe relación entre esas variables, así como efectuar investigaciones clínicas controladas y aleatorias para definir claramente los perjuicios en el largo plazo asociados a este trastorno alimenticio.

Una limitación de este estudio fue la no verificación de algunas variables que podrían estar asociadas a la compulsión alimenticia: datos clínicos, datos de laboratorio específicos, antecedentes personales y familiares relacionados a las condiciones mentales, así como las formas de enfrentamiento de la persona delante de las adversidades. Además, nuestro estudio fue transversal, lo que no permite evaluar al paciente en otras fases de la enfermedad cardiovascular.

Conclusión

Se concluye que los niveles medios de ansiedad y depresión en la muestra estudiada fueron, respectivamente, 8,8 y 5,8 puntos. La compulsión alimenticia estuvo presente en 18% de los pacientes, estando asociada a valores de IMC elevados y a la ansiedad, sugiriendo que los profesionales de la salud deben prestar atención a la evaluación física y mental del paciente con enfermedades cardiovasculares. Importantes resultados surgieron de este estudio, destacando la necesidad de la implementación de programas para mejorar la salud mental y física de los pacientes tanto en servicios de atención primaria como especializada.

Referencias

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American

Heart Association. *Circulation*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];135(10):e146–e603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28122885>.

2. Daskalopoulou M, George J, Walters K, Osborn DP, Batty GD, Stogiannis D, et al. Depression as a Risk Factor for the Initial Presentation of Twelve Cardiac, Cerebrovascular, and Peripheral Arterial Diseases: Data Linkage Study of 1.9 Million Women and Men. *PLoS One*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];11(4):e0153838. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27105076>.

3. Polikandrioti M, Goudevenos J, Michalis LK, Koutelekos J, Kyristi H, Tzialas D, et al. Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic J Cardiol*. [Internet]. 2015 [cited July 13, 2017];56(1):26-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25701969>.

4. Pokrajac-Bulian A, Tkalcic M, Ambrosi-Randic N. Binge eating as a determinant of emotional state in overweight and obese males with cardiovascular disease. *Maturitas*. [Internet]. 2013 [cited July 13, 2017];74(4):352–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512213000169>.

5. Bąk-Sosnowska M. Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatr Pol*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];51(2):247-59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28581535>.

6. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. [Internet]. 2013 [cited July 13, 2017];73(9):904–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290497>.

7. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];128(1):115-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26592916>.

8. Razzoli M, Pearson C, Crow S, Bartolomucci A. Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neurosci Biobehav*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];76(Pt A):154-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28292531>.

9. Pawaskar M, Solo K, Valant J, Schmitt E, Nwankwo M, Herman BK. Characterization of Binge-Eating Behavior in Individuals With Binge-Eating Disorder in an Adult Population in the United States. *Prim Care Companion CNS Disord*. [Internet]. 2016 [cited July 13, 2017];18(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27835723>.

10. García-Mayor RV, García-Soidán FJ. Eating disorders in type 2 diabetic people: Brief review.

- Diabetes Metab Syndr. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];11(3):221-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27575047>.
11. Abraham TM, Massaro JM, Hoffmann U, Yanovski JA, Fox CS. Metabolic characterization of adults with binge eating in the general population: the Framingham Heart Study. *Obesity (Silver Spring)*. [Internet]. 2014 [cited July 13, 2017];22(11):2441-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25136837>.
 12. Cain B, Buck K, Fuller-Tyszkiewicz M, Krug I. Australian Healthcare Professionals' Knowledge of and Attitudes toward Binge Eating Disorder. *Front Psychol*. [Internet]. 2017 [cited July 13, 2017];8:1291. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28824484>.
 13. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. [Internet]. 1983 [cited Sept 28, 2017];67(6):361-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>.
 14. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia C Júnior, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) made by 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Internet]. 1995 [cited Sept 28, 2017];30(3):127-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7624806>.
 15. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. [Internet]. 1982 [cited Sept 28, 2017];7(1):47-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7080884>.
 16. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2001 [cited Sept 28, 2017];23(4):215-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400008.
 17. World Health Organization. Obesity and overweight; 2018. [cited Apr 8, 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
 18. Leone A, Bedogni G, Ponissi V, Battezzati A, Beggio V, Magni P, et al. Contribution of binge eating behaviour to cardiometabolic risk factors in subjects starting a weight loss or maintenance programme. *Br J Nutr*. [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];116(11):1984-92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27974060/>.
 19. Nicolau J, Simó R, Sanchís P, Ayala L, Fortuny R, Zubillaga I, et al. Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. *Acta Diabetol*. [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];52(6):1037-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25841588>.
 20. Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, de Jonge P, Liu Z, et al. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet]. 2014 [cited Sept 28, 2017];36(2):142-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24342112>.
 21. Mitchell JE. Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];49(3):319-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311499>.
 22. Thornton LM, Watson HJ, Jangmo A, Welch E, Wiklund C, von Hausswolff-Juhlin Y, et al. Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *Int J Eat Disord*. [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];50(1):58-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27642179>.
 23. Olguin P, Fuentes M, Gabler G, Guerdjikova AI, Keck PE Jr, McElroy SL. Medical comorbidity of binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];22(1):13-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27553016>.
 24. Nakai Y, Noma S, Fukusima M, Taniguchi A, Teramukai S. Serum Lipid Levels in Patients with Eating Disorders. *Intern Med*. [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];55(14):1853-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27432092>.
 25. Souza da Silva T, Bisi Molina MD, Antunes Nunes MA, Perim de Faria C, Valadão Cade N. Binge eating, sociodemographic and lifestyle factors in participants of the ELSA-Brazil. *J Eat Disord*. [Internet]. 2016 [cited Sept 28, 2017];4:25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081934/>.
 26. Citrome L. Binge-Eating Disorder and Comorbid Conditions: Differential Diagnosis and Implications for Treatment. *J Clin Psychiatry*. [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];78:9-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125173>.
 27. He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord*. [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];50(2):91-103. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28039879/>.
 28. Succurro E, Segura-Garcia C, Ruffo M, Caroleo M, Rania M, Aloï M, et al. Obese Patients With a Binge Eating Disorder Have an Unfavorable Metabolic and Inflammatory Profile. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];94(52):e2098. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26717356>.

29. Koski M, Naukkarinen H. Severe obesity, emotions and eating habits: a case-control study. *BMC Obes.* [Internet]. 2017 [cited Sept 28, 2017];4:2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219768/>.
30. Rosenbaum DL, White KS. The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *J Health Psychol.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];20(6):887-98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26032804>.
31. Rosenbaum DL, White KS (2013) The role of anxiety in binge eating behavior: A critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychol Res.* [Internet]. 2013 [cited Sept 28, 2017];1(2): e19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26973904>.
32. Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int J Eat Disord.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];48(6):535-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26010817>.
33. Sheehan DV, Herman BK. The Psychological and Medical Factors Associated With Untreated Binge Eating Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord.* [Internet]. 2015 [cited Sept 28, 2017];17(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560195/>.

Recibido: 01.12.2017

Aceptado: 27.05.2018

Correspondencia:
Letícia Palota Eid
Universidade Federal de Goiás
Unidade Acadêmica Especial Ciências da Saúde
BR 364, km 195, nº 3800
CEP: 75801-615, Jataí, GO, Brasil
E-mail: lpalota@usp.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.