



Original/*Obesidad*

# Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa

Aída Monserrat Reséndiz Barragán<sup>1</sup>, Sheila Viridiana Hernández Altamirano<sup>2</sup>,  
Mariana Alejandra Sierra Murguía<sup>3</sup> y Margarita Torres Tamayo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Dr. Manuel Gea González. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de México. <sup>3</sup>Hospital Star Médica Querétaro. <sup>4</sup>Instituto Nacional de Cardiología. México.

## Resumen

**Introducción:** La obesidad severa es un problema de salud que tiene consecuencias médicas, emocionales y socioeconómicas. La etiología de la obesidad severa es multifactorial; no obstante, se sabe que los hábitos de alimentación representan un factor importante en su desarrollo.

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo identificar los patrones de ingesta y los hábitos alimentarios específicos que es necesario modificar para lograr la pérdida de peso.

**Método:** Se llevó a cabo un estudio observacional-descriptivo, prolectivo y transversal con 250 pacientes candidatas a cirugía bariátrica, 79.2% mujeres y 20.8% hombres con una edad de  $37.7 \pm 10.2$  años y un IMC  $44.3 \pm 7.7$  kg/m<sup>2</sup>.

**Resultados:** Se encontró que “tomar agua”, “comer más rápido que la mayoría que las personas”, “dejar el plato vacío”, “tener ayunos prolongados”, “antojos dulces” y “tomar refresco” fueron los hábitos más frecuentes en pacientes con obesidad severa. También se examinó la existencia de diferencias significativas entre los hábitos de los hombres y las mujeres y por estratos o grupos de IMC. Se identificó que “picar alimentos” y “comer hasta sentirse incómodo” fueron significativamente distintos entre sexos y “comer solo por sentir pena con los demás” fue significativo entre estratos de IMC.

**Discusión:** Se concluyó que es importante que el tratamiento de estos pacientes incluya técnicas de evaluación y modificación de conductas encaminadas a estos hábitos, así mismo se recomienda incluir en futuros estudios pacientes con peso normal y sobrepeso, así como el uso de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas.

(Nutr Hosp. 2015;31:672-681)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7692

Palabras clave: *Obesidad. Hábitos de alimentación.*

## EATING HABITS OF PATIENTS WITH SEVERE OBESITY

### Abstract

**Introduction:** Severe obesity is a health problem that has medical, emotional and economic consequences. The etiology of severe obesity is multifactorial; however, it is known that the eating habits represent a major factor in the development of this disease.

**Objective:** This study aimed to identify eating patterns and specific habits that need to be changed to achieve weight loss.

**Method:** An observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study with 250 candidates for bariatric surgery, 79.2% women and 20.8% men aged  $37.7 \pm 10.2$  years and  $44.3 \pm 7.7$  kg/m<sup>2</sup> BMI patients was performed.

**Results:** It was found that “drinking water”, “eat faster than most people”, “leave the plate empty”, “have long fasts”, “sweet cravings”, and “drinking soda” were the most common habits in patients with severe obesity. The existence of significant differences between the habits of men and women and between BMI strata or groups are also discussed. “Snacking” and “eat until you feel uncomfortable” were significantly different between men and women and “eat by yourself because you feel ashamed of eating with others” was significant between BMI strata.

**Discussion:** It was concluded that it is important that the treatment of these patients includes assessment techniques and behavior modification aimed at these habits. It is recommended to include in future studies patients with normal weight and overweight as well as the use of instruments with adequate psychometric properties.

(Nutr Hosp. 2015;31:672-681)

DOI:10.3305/nh.2015.31.2.7692

Key words: *Obesity. Eating habits.*

**Correspondencia:** Aída Monserrat Reséndiz Barragán.  
Hospital General Dr. Manuel Gea González.  
Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI,  
Delg. Tlalpan C.P. 14800.  
E-mail: aidaresendiz@hotmail.com

Recibido: 17-VI-2014.  
1.ª Revisión: 26-VI-2014.  
Aceptado: 21-VIII-2014.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud en 2002<sup>1</sup> define a la obesidad como el “exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético y que puede ser perjudicial para la salud”.

El término “obesidad severa” se emplea para referirse al grado de obesidad caracterizada por un IMC 40 o de un IMC 35 que esté acompañada por al menos una enfermedad significativa o discapacidad grave y minusvalía a causa del exceso de peso. Por sus efectos a nivel colectivo es un problema de salud pública en muchos países el cual se ha ido incrementando como efecto de los cambios en las costumbres sociales y alimentarias<sup>2</sup>.

La obesidad es una de las patologías crónicas con mayor prevalencia, afectando casi al 30% de la población mundial. Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2012<sup>3</sup>, México ocupa el segundo lugar a nivel mundial, en el cual 7 de cada 10 adultos mexicanos padecen obesidad y sobrepeso (71.28%); la prevalencia de obesidad (IMC  $\geq$  30) en este grupo es de 32.4%.

Así, actualmente la obesidad severa es el problema de salud más grande a nivel mundial (considerando que en el mundo lo padecen casi 400 millones de personas) además de tener consecuencias médicas, tales como la diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, enfermedades cardiovasculares, digestivas y respiratorias, alteraciones óseas y articulares, hiperuricemia, neoplasias (mama, colon, próstata, etc.), síndrome metabólico y repercusiones emocionales y socioeconómicas. También se ha asociado con un aumento notable en la discapacidad y la mortalidad<sup>4, 5, 6</sup>.

En cuanto a los factores económicos, con base al Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Política Nacional en Promoción de la Salud contra el sobrepeso y la obesidad en México 2012<sup>7</sup>, se estima que para el 2017 el costo indirecto de la obesidad alcanzará los \$73 mil millones de pesos para el país, ya que una persona obesa incurre en costos de salud 25% mayores que una persona de peso normal. También, se hace referencia a que la obesidad disminuye la productividad laboral lo que contribuye al empobrecimiento familiar.

Por otro lado, aunque la etiología de la obesidad severa es multifactorial, está determinada en gran medida por el equilibrio a largo plazo entre la ingesta y el gasto energético<sup>1</sup>. Los cambios en la conducta alimentaria, incluyendo una mayor dependencia de los alimentos preparados y las comidas rápidas, la falta de acceso a las frutas y verduras, el aumento en el tamaño de las porciones, el tipo de composición y la calidad de los alimentos, incremento en el consumo de comida chatarra, dulces y refrescos, así como tener ayunos prolongados, también contribuyen a la obesidad<sup>8</sup>.

En este sentido, cabe señalar la definición de hábitos de alimentación, los cuales son el número de comidas diarias que se realizan, los horarios en que se come,

la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma en que se decide cuánto, con quién, dónde y con qué se come, las técnicas y tipos de preparación, el orden en que se sirven los alimentos en la mesa y la manera en que se seleccionan los alimentos para las comidas diarias y para las ocasiones especiales<sup>9</sup>.

Los hábitos de alimentación están asociados al estado emocional de las personas, debido a que se come de manera desproporcionada cuando se está alegre, triste o enojado y cuando se experimenta soledad, frustración o estrés. También están vinculados con un gran número de refuerzos positivos que satisfacen las necesidades o placeres a corto plazo, por ejemplo, la disminución del hambre percibida y/o real, la satisfacción y gozo por el alimento consumido, la desaparición de la urgencia por consumir un alimento o de utilizarlo como mecanismo para la disminución de malestar emocional. Estas consecuencias “positivas” a corto plazo, hacen que los hábitos de alimentación no adecuados se mantengan, sin embargo, a largo plazo se presentan consecuencias negativas en la aparición de problemas de salud asociados al incremento de peso, como se ha mencionado con anterioridad<sup>10</sup>.

Por lo tanto, se considera que el estudio de los hábitos de alimentación merece atención en el problema de la obesidad severa.

En la literatura se han realizado distintos estudios en los cuales se describen los hábitos de alimentación de distintas poblaciones, sin embargo, gran parte de ellas se realizan en niños y adolescentes, con la intención de justificar programas de prevención dirigidos a esta población. En un estudio<sup>11</sup> con 220 estudiantes libaneses, buscaron identificar la prevalencia de obesidad y sus hábitos de alimentación; se encontró que los hombres tuvieron mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, el 37.5% de los hombres y 13.6% de las mujeres presentaron sobrepeso y 12.5% de los hombres y el 3.2% de las mujeres obesidad. En cuanto a sus hábitos de alimentación, se estudiaron de manera conjunta, sin separar por grupos de peso, encontrando que la mayoría de los estudiantes comían de manera frecuente, es decir, no presentaban ayunos prolongados y las mujeres sobresalieron como la población con hábitos más saludables, tales como el consumo de frutas y verduras y del desayuno. Como conclusión los autores sugieren la implementación de programas universitarios para promover estilos de vida saludable, incluso cuando la prevalencia de obesidad entre su población fue baja.

Una investigación similar<sup>8</sup>, en la cual estudiaron la asociación entre los hábitos de alimentación de 661 adolescentes con edades entre 12 y 17 años con el riesgo a presentar obesidad. En dicho estudio, se encontró que el mayor porcentaje de participantes varones obesos se presentó a los 14 años de edad, mientras que en las mujeres se presentó a los 13 años. Como conductas asociadas a la obesidad, encontraron que el no desayunar en casa, merendar entre desayuno y comida se asociaba a obesidad en las mujeres pero no

en los varones. Desayunar en el colegio se asociaba con obesidad en ambos sexos y el consumo de comida rápida sólo con las mujeres, mientras que el consumo de comida rápida en el hogar se asociaba con obesidad en los hombres. Los autores concluyeron que es necesario implementar medidas preventivas para fomentar los adecuados hábitos de alimentación y ejercicio desde la adolescencia.

Por otro lado, el interés por describir los hábitos de alimentación de las personas adultas con obesidad se ha manifestado en la literatura mediante estudios descriptivos y correlacionales realizados con pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Con esta finalidad, fue elaborado el instrumento WALI<sup>12</sup> el cual es un cuestionario autoaplicable cuyo objetivo es reportar los hábitos de alimentación de pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Al implementar el WALI en 552 pacientes con obesidad extrema para determinar a qué factores los pacientes atribuyen su obesidad, los autores observaron que las conductas más reportadas fueron: comer en respuesta a afectos positivos y estímulos sociales, excesos en alimentación y mala regulación del apetito, comer excesivamente en comidas tempranas y picar. Los autores mencionan que los elementos mencionados se relacionan con sintomatología de Trastorno por Atracón y sintomatología depresiva. Como conclusión, se observó a partir de estos datos que el WALI es una herramienta confiable para explorar los hábitos de alimentación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Continuando con los estudios enfocados a determinar los hábitos de alimentación de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, un estudio<sup>13</sup> realizado con 270 pacientes en el área de San Antonio TX. El objetivo fue examinar algunos elementos comportamentales asociados con obesidad severa, enfatizando principalmente el consumo de comida rápida. Se reportó como resultado que la comida rápida es la conducta con mayor influencia en niveles altos de obesidad y los autores concluyeron que debido al aumento acelerado de esta patología, se deben de estudiar más a fondo las características comportamentales que derivan en la ganancia de peso.

## Objetivo

Este estudio tiene como finalidad conocer y caracterizar a un grupo de población mexicana obesa en cuanto a sus hábitos de alimentación más comunes, lo cual es considerado de interés por los investigadores debido a la poca información disponible acerca de los hábitos de alimentación de poblaciones mexicanas a pesar de la alta prevalencia de esta enfermedad en este país. Una vez obtenida esta información se establecerán diferencias entre sexos y estratos de índice de masa corporal (IMC) con la finalidad de determinar si los hábitos difieren significativamente entre estos grupos.

## Materiales y método

Se realizó un estudio transversal descriptivo en el que se recabaron los datos de manera prolectiva con la autoaplicación de un cuestionario de alimentación que se emplea como parte de la evaluación psicológica inicial de los pacientes con obesidad que se presentan como posibles candidatos a cirugía bariátrica en el Hospital General Manuel Gea González en la Ciudad de México. Este cuestionario fue elaborado hace tres años, con base en la literatura relevante al tema (Fabricatore et al., 2006; Mitchell, 2005) y explora la frecuencia con que se realizan distintas conductas alimentarias. Es un cuestionario con 17 items con respuestas tipo Likert que van del 0 al 6 donde: 0-si no la realiza nunca, 1-menos de una vez al mes, 2-una vez al mes, 3- dos o tres veces al mes, 4- una o dos veces por semana, 5- tres o cuatro veces por semana y 6 si la realiza todos los días. Este cuestionario fue evaluado por expertos para validar su contenido. La finalidad de este constructo fue identificar los hábitos de alimentación y las conductas específicas que es necesario modificar para lograr la pérdida de peso del paciente. Se incluyeron todos los pacientes que contaran con el cuestionario contestado de forma completa el cual es aplicado en la valoración inicial.

Este protocolo fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Hospital General Manuel Gea González y no requirió firma de consentimiento informado por parte de los pacientes.

Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva y los datos se muestran divididos por sexo y por es-

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Conductas Alimentarias:  
Indique la frecuencia de las Conductas alimenticias con la escala de números que se presenta a continuación

PRECUENCIA	
6	Todos los
5	3 o 4 veces por semana
4	1 o 2 veces por semana
3	2 o 3 veces al mes
2	1 vez al mes
1	Menos de una vez al mes
0	Nunca

Califica 0-5 dependiendo frecuencia:	
Comer entre comidas (además de colaciones)	
Ayunos Prolongados (más de 4 hrs sin comer)	
"Picar Alimentos"	
Comer más rápido que la mayoría de las personas	
Comer hasta sentirme incómodo	
Comer sin hambre física	
Comer solo por sentir pena con los demás	
Culpa o tristeza después de comer	
Sentirme estresado debido a mi manera de comer	
Tomar Refresco	
Tomar bebidas con calorías (jugo industrializados, maltendos, licuados)	
Tomar Agua simple	
Antojos dulces	
Antojos salados	
Antojos de alimentos altos en grasa	
Tomar jugos naturales	
Dejar el plato "vacío"	

En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza las siguientes comidas?

	Número de días	Número de comidas que hace por día	Colaciones por día
Desayuno			
Comida			
Cena			

¿Hay algún tipo de alimento que evite con la intención de cuidar su figura?  
No   
Sí (Cuál?) \_\_\_\_\_

Ejercicio:  
¿Se ejercita? Sí  No

Tipo de ejercicio	
Frecuencia (días a la semana)	
Duración (minutos)	

tratos de IMC. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar y las variables cualitativas como frecuencias simples y porcentajes. Se empleó t de Student para muestras independientes con la finalidad de comparar las variables cuantitativas y la Chi<sup>2</sup> para comparar las cualitativas. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) en su versión 17. Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando  $p < 0.05$ .

## Resultados

Se incluyeron un total de 250 pacientes, 198 (79.2%) mujeres y 52 (20.8%) hombres. La tabla I muestra las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con obesidad de este estudio. Los hombres tuvieron un IMC significativamente mayor que las mujeres ( $p = 0.015$ ) mientras que las mujeres tuvieron una media de edad mayor pero sin alcanzar significado estadístico al compararlo con los hombres.

También se encontraron diferencias en la ocupación, un mayor porcentaje de hombres son empleados (53.8% vs 35.4%), o desempleados (15.4% vs 9.1%) y el 26.8 % de las mujeres se dedican al hogar con una  $\chi^2 (5, N = 250) = 19.39, p = 0.002$ . No hubo diferencias en la escolaridad ni el estado civil pero en este último, prácticamente la mitad de los sujetos son solteros.

En la tabla II se identifica la comparación en los hábitos de alimentación entre hombres y mujeres, se muestran diferencias significativas en “picar alimen-

tos” con una  $\chi^2 (6, N = 250) = 13.53, p = 0.035$ , en el cual las mujeres lo realizan con mayor frecuencia que los hombres. “Comer hasta sentirse incómodo” también fue un hábito que resultó significativo en la diferencia, debido a que se obtuvo una  $\chi^2 (6, N = 250) = 14.40, p = 0.025$ , como en el caso anterior este hábito fue más frecuente entre las mujeres.

No hubo diferencias significativas en “comer entre comidas”, “ayunos prolongados”, “comer más rápido que la mayoría de las demás personas”, “comer sin hambre física”, “comer solo por sentir pena por los demás”, “tomar agua simple”, “antojos salados dulces”, “antojos salados” y “antojos de alimentos altos en grasa”, ni en “dejar el plato vacío”. No obstante, cabe resaltar que las mujeres mostraron una mayor tendencia a sentir “culpa o tristeza después de comer”, “sentirse estresadas debido a la manera de comer” y “tomar bebidas con calorías”. Por otro lado los hombres mostraron una tendencia mayor a “tomar refresco” y “tomar jugos naturales”. En ambos casos, las tendencias no alcanzaron significado estadístico.

Al unir las frecuencias de 3 ó 4 días y de todos los días, se encontró que más de la mitad de los pacientes tuvieron como hábitos con una frecuencia de 3 a 7 días a la semana los siguientes: “dejar el plato vacío” (72.8%), “comer más rápido que la mayoría de las personas” (53.2) y “ayunos prolongados” (52.8%). Otros hábitos frecuentes fueron: “antojos dulces” (46%), “tomar refresco” (44.8%), “comer entre comidas” (43.2%), “picar alimentos” (34.4%), “antojos salados” (31.6%) y “comer sin hambre física” (28%).

**Tabla I**  
*Características clínicas y sociodemográficas de pacientes con obesidad, según sexo*

Variables	Hombres (n = 52)	Mujeres (n = 198)	Total	p
Sexo	52 (20.8)	198 (79.2)	250 (100)	
Edad (años)	35.7 ± 9.6	38.2 ± 10.3	37.7 ± 10.2	0.558
IMC inicial (kg/m <sup>2</sup> )	47.5 ± 7.2	43.5 ± 7.6	44.3 ± 7.7	<b>0.015</b>
Escolaridad				
Primaria	0	9 (4.5)	9 (3.6)	
Secundaria	8 (15.4)	33 (16.7)	41 (16.4)	
Bachillerato	13 (25)	58 (29.3)	71 (28.4)	0.565
Carrera técnica	10 (19.2)	37 (18.7)	47 (18.8)	
Licenciatura	18 (34.6)	51 (25.8)	69 (27.6)	
Posgrado	3 (5.8)	10 (5.1)	13 (5.2)	
Ocupación				
Empleado	28 (53.8)	70 (35.4)	98 (39.2)	
Desempleado	8 (15.4)	18 (9.1)	26 (10.4)	
Hogar	0	53 (26.8)	53 (21.2)	<b>0.002</b>
Estudiante	3 (5.8)	14 (7.1)	17 (6.8)	
Comerciante	6 (11.5)	19 (9.6)	25 (10.0)	
Profesionista	7 (13.5)	24 (12.1)	31 (12.4)	
Estado civil				
Soltero	30 (57.7)	94 (47.5)	124 (49.6)	
Casado	21 (40.4)	76 (38.4)	97 (38.8)	0.092
Unión libre	1 (1.9)	13 (6.6)	14 (5.6)	
Divorciado	0	15 (7.6)	15 (6.0)	

**Tabla II**  
*Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad, según sexo*

<i>Hábito de alimentación</i>	<i>Hombres (n = 52)</i>	<i>Mujeres (n = 198)</i>	<i>Total</i>	<i>p</i>
Comer entre comidas (además de colaciones)				
3 ó 4 veces por semana	12 (23.1)	32 (16.2)	44 (17.6)	0.273
Todos los días	9 (17.3)	55 (27.8)	64 (25.6)	
Ayunos prolongados (más de 4 hrs sin comer)				
3 ó 4 veces por semana	12 (23.1)	55 (27.8)	67 (26.8)	0.855
Todos los días	13 (25)	52 (26.3)	65 (26.0)	
“Picar alimentos”				
3 ó 4 veces por semana	10 (19.2)	29 (14.6)	39 (15.6)	<b>0.035</b>
Todos los días	3 (5.8)	44 (22.2)	47 (18.8)	
Comer más rápido que la mayoría de las personas				
3 ó 4 veces por semana	4 (7.7)	16 (8.1)	20 (8.0)	0.829
Todos los días	22 (42.3)	91 (46.0)	113(45.2)	
Comer hasta sentirse incómodo				
3 ó 4 veces por semana	1 (1.9)	24 (12.1)	25 (10.0)	<b>0.025</b>
Todos los días	2 (3.8)	18 (9.1)	20 (8.0)	
Comer sin hambre física				
3 ó 4 veces por semana	5 (9.6)	37 (18.7)	42 (16.8)	0.163
Todos los días	4 (7.7)	24 (12.1)	28 (11.2)	
Comer solo por sentir pena con los demás				
3 ó 4 veces por semana	1 (1.9)	4 (2.0)	5 (2.0)	0.128
Todos los días	0	9 (4.5)	9 (3.6)	
Culpa o tristeza después de comer				
3 ó 4 veces por semana	2 (3.8)	20 (10.1)	22 (8.8)	0.055
Todos los días	1 (1.9)	25 (12.6)	26 (10.4)	
Sentirme estresado debido a mi manera de comer				
3 ó 4 veces por semana	1 (1.9)	22 (11.1)	23 (9.2)	0.062
Todos los días	4 (7.7)	27 (13.6)	31 (12.4)	
Tomar refresco				
3 ó 4 veces por semana	8 (15.4)	33 (16.7)	41 (16.4)	0.069
Todos los días	18 (34.6)	53 (26.8)	71 (28.4)	
Tomar bebidas con calorías (jugos industrializados, malteadas, licuados)				
3 ó 4 veces por semana	3 (5.8)	14 (7.1)	17 (6.8)	0.080
Todos los días	8 (15.4)	18 (9.1)	26 (10.4)	
Tomar agua simple				
3 ó 4 veces por semana	8 (15.4)	23 (11.6)	31 (12.4)	0.734
Todos los días	35 (67.3)	147 (74.2)	182 (72.8)	
Antojos dulces				
3 ó 4 veces por semana	9 (17.3)	39 (19.7)	48 (19.2)	0.609
Todos los días	12 (23.1)	55 (27.8)	67 (26.8)	
Antojos salados				
3 ó 4 veces por semana	5 (9.6)	29 (14.6)	34 (13.6)	0.515
Todos los días	10 (19.2)	35 (17.7)	45 (18.0)	
Antojos de alimentos altos en grasa				
3 ó 4 veces por semana	10 (19.2)	33 (16.7)	43 (17.2)	0.209
Todos los días	4 (7.7)	23 (11.6)	27 (10.8)	
Tomar jugos naturales				
3 ó 4 veces por semana	15 (28.8)	24 (12.1)	39 (15.6)	0.098
Todos los días	3 (5.8)	13 (6.6)	16 (6.4)	
Dejar el plato “vacío”				
3 ó 4 veces por semana	10 (19.2)	20 (10.1)	30 (12.0)	0.291
Todos los días	27 (51.9)	125 (63.1)	152 (60.8)	

Una variable de interés es la del consumo de agua, debido a que el 27.2% de los pacientes de esta muestra no toma agua todos los días pero el 85.2% de los participantes sí lo hace entre 3 y 7 días a la semana (Ver la tabla II).

La tabla III muestra la frecuencia del número de comidas que realizan los pacientes con obesidad. El 57.7% de los hombres y el 49.5% de las mujeres realizan 3 comidas al día. El 32.2% de los participantes come 1 ó 2 veces al día, y 17.6% de ellos realizan de 4 a 7 comidas al día que son independientes de las colaciones. Al comparar la frecuencia por sexo, no hubo diferencia significativa.

Como se comentó anteriormente, se identificaron diferencias significativas entre el grado de obesidad por sexo, en este caso, los hombres tuvieron una frecuencia significativamente mayor de IMC mayor a 45 kg/m<sup>2</sup> que las mujeres, con una  $\chi^2(3, n = 250) = 10.41, p = 0.015$ , a diferencia de las mujeres que tuvieron un mayor porcentaje de obesidad grado uno (9.6% vs 3.8) al ser comparadas con los hombres (Tabla IV).

En la tabla VI se muestra que “comer solo por sentir pena con los demás” fue el único hábito de alimentación que mostró diferencias entre los estratos de obesidad con una  $\chi^2(18, N = 250) = 32.34, p = 0.020$ , aunque fue un hábito infrecuente, el 13.1% de los sujetos con IMC entre 40 y 45 lo reportaron como positivo. En este hábito se observó una tendencia a incrementar la frecuencia conforme aumentó el IMC, sin embargo, fue referido por sólo el 1.9% de los pacientes con IMC

≥ 45 lo cual representa un descenso considerable en la frecuencia de un estrato a otro rompiendo el patrón de incremento conforme al IMC. En ningún otro hábito de alimentación se observó incremento conforme al IMC.

Cabe mencionar que casi la tercera parte de todos los estratos de IMC toman refrescos y el 33.4% de los individuos con IMC ≥ 45 kg/m<sup>2</sup> tienen ayunos prolongados todos los días.

Otro resultado de interés fue la identificación de aquellos hábitos de alimentación que muestran una tendencia conforme aumenta el IMC en pacientes con obesidad severa. En la figura 1 se muestra que “comer entre comidas”, “picar alimentos”, “comer sin hambre” y “antojos de alimentos altos en grasa” aumentan su frecuencia conforme se tiene un mayor IMC.

La tabla 6 indica la frecuencia del número de comidas realizadas por los pacientes con base a los estratos de IMC. Aunque en el análisis global no se alcanzan diferencias estadísticamente significativas, los resultados muestran que un mayor porcentaje de sujetos con obesidad grado I comen 3 veces al día (66.7%). En todos los estratos se encontró que alrededor de la tercera parte hace 1 ó 2 comidas al día.

Por último, la figura 2 muestra los hábitos de alimentación más frecuentes en los pacientes con obesidad severa. Como se observa, “tomar agua”, fue el hábito más frecuente en estos pacientes, seguido por “dejar el plato vacío”, “comer más rápido que la mayoría de las personas” y “tomar refresco”.

**Tabla III**

*Frecuencia de número de comidas realizadas al día por los pacientes con obesidad*

Número de comidas realizadas	Hombres (n = 52)	Mujeres (n = 198)	Total (N = 250)	p
1	1 (1.9)	8 (4.0)	9 (3.6)	
2	14 (26.9)	55 (27.8)	69 (27.6)	
3	30 (57.7)	98 (49.5)	128 (51.2)	
4	5 (9.6)	15 (7.6)	20 (8.0)	.711
5	2 (3.8)	18 (9.1)	20 (8.0)	
6	0	3 (1.5)	3 (1.2)	
7	0	1 (0.5)	1 (0.4)	

**Tabla IV**

*Grados de obesidad de los participantes, divididos por sexo*

Grado de Obesidad	Hombres (n = 52)	Mujeres (n = 198)	Totales (N = 250)	p
Grado I IMC 30 - 34.5 kg/m <sup>2</sup>	2 (3.8)	19 (9.6)	21 (8.4)	
Grado II IMC 35 - 39.9 kg/m <sup>2</sup>	6 (11.5)	55 (27.8)	61 (24.4)	<b>0.015</b>
Grado III o mórbida IMC ≥ 40 kg/m <sup>2</sup>	44 (84.7)	124 (64.6)	168 (67.2)	
IMC 40 - 44.9 kg/m <sup>2</sup>	13 (25.0)	48 (24.2)	61 (24.4)	
IMC ≥ 45 kg/m <sup>2</sup>	31 (59.7)	76 (38.4)	107 (42.8)	

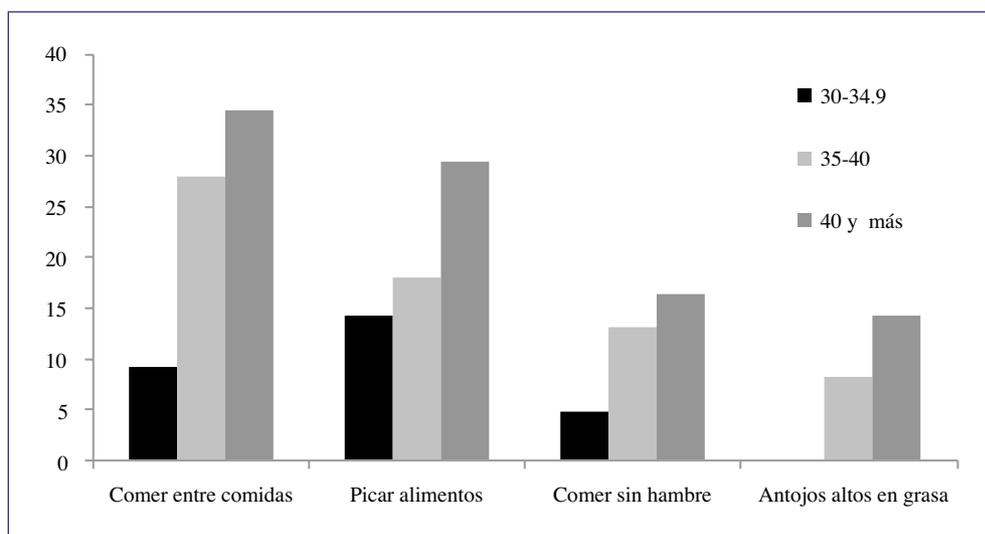


Fig. 1.—Hábitos de alimentación que muestran una tendencia de acuerdo a IMC en pacientes con obesidad severa.

## Discusión

Este es el primer estudio que identifica los hábitos de alimentación de pacientes mexicanos con obesidad severa y su asociación con el sexo y con el grado de obesidad. Se documentó que los hombres tuvieron un IMC significativamente mayor que el de las mujeres lo cual concuerda con lo reportado por lo reportado en la literatura<sup>11</sup>. La ocupación principal de los hombres fue empleado mientras que en las mujeres la mayoría se dedicaba al hogar. También resultó significativo que la cantidad de hombres desempleados fue mayor a la cantidad de mujeres desempleadas.

Al comparar los hábitos de alimentación por sexos se encontró que las mujeres presentaron significativamente mayor frecuencia de “picar alimentos” y de “comer hasta sentirse incómodo”, lo cual indica que las mujeres al dedicarse al hogar y pasar más tiempo en casa y preparar los alimentos desarrollan ambas conductas. Al contrastar este resultado con los obtenidos en investiga-

ciones realizadas en otras poblaciones, se encontró que una población sueca<sup>15</sup> acostumbra comer en restaurantes formales o lleva un “lunch” al trabajo, mientras que en una población estadounidense fue más frecuente acudir a lugares de comida rápida. En Europa comer fuera de casa no se considera un factor de riesgo para obesidad, sin embargo, es importante tomar en cuenta el estatus socioeconómico ya que es posible que personas económicamente activas pudieran tener acceso a lugares con mejor calidad en los alimentos. El picoteo podría estar propiciado en nuestra población por el mayor número de amas de casa que entre otras cosas, preparan los alimentos.

En cuanto a la comparación de hábitos por grados de obesidad, el único que mostró diferencia estadísticamente significativa fue el de “comer solo por sentir pena con las demás personas” en el cual el grupo con un IMC entre 40 y 44.9 presentó mayor frecuencia que los estratos inferiores y que el estrato superior, lo cual podría atribuirse a un nivel de inhibición propio de las personas

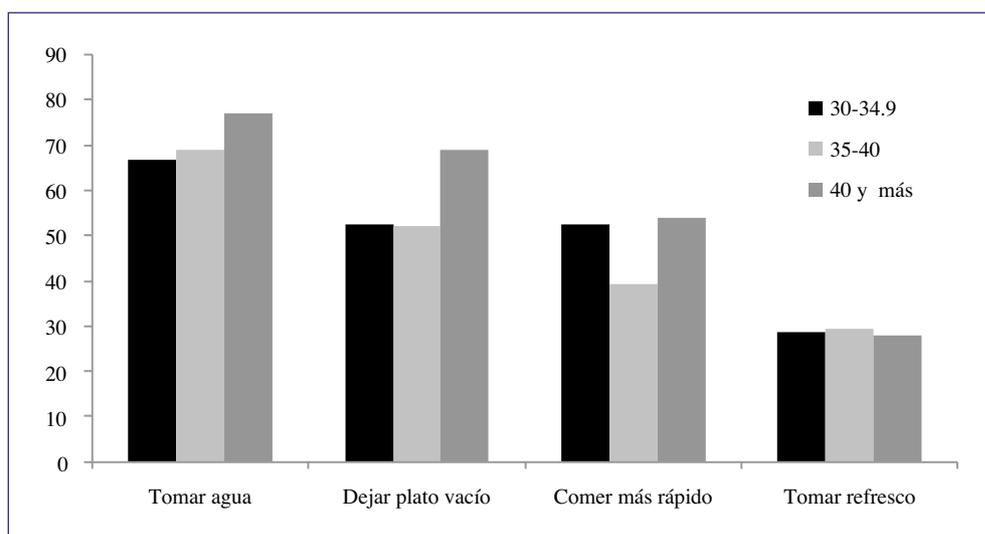


Fig. 2.—Hábitos de alimentación más frecuentes (todos los días), de acuerdo al IMC en pacientes con obesidad severa.

**Tabla V**  
Frecuencias de hábitos de acuerdo a estratos de IMC (kg/m<sup>2</sup>)

Hábito	30-34.9 (n = 21)	35-39.9 (n = 61)	40-44.9 (n = 61)	45 más (n = 107)	P
Comer entre comidas (además de colaciones)					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	9 (14.8)	10 (16.4)	22 (20.6)	0.216
Todos los días	2 (9.2)	17 (27.9)	21 (34.4)	24 (22.4)	
Ayunos prolongados (> 4 hrs sin comer)					
3 ó 4 veces por semana	8 (38.1)	15 (24.6)	16 (26.2)	28 (26.2)	0.092
Todos los días	4 (19.0)	11 (18.0)	14 (23.0)	36 (33.6)	
“Picar alimentos”					
3 ó 4 veces por semana	4 (19.0)	10 (16.4)	8 (13.1)	17 (15.9)	0.717
Todos los días	3 (14.3)	11 (18.0)	18 (29.5)	15 (14.0)	
Comer más rápido que la mayoría					
3 ó 4 veces por semana	1 (4.8)	4 (6.6)	5 (8.2)	10 (9.3)	0.681
Todos los días	11 (52.4)	24 (39.3)	33 (54.1)	45 (42.1)	
Comer hasta sentirse incómodo					
3 o 4 veces por semana	3 (14.3)	7 (11.5)	7 (11.5)	8 (7.5)	0.698
Todos los días	1 (4.8)	4 (6.6)	7 (11.5)	8 (7.5)	
Comer sin hambre física					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	10 (16.4)	8 (13.1)	21 (19.6)	0.788
Todos los días	1 (4.8)	8 (13.1)	10 (16.4)	9 (8.4)	
Comer solo por sentir pena con los demás					
3 ó 4 veces por semana	0	0	5 (8.2)	0	<b>0.020</b>
Todos los días	1 (4.8)	3 (4.9)	3 (4.9)	2 (1.9)	
Culpa o tristeza después de comer					
3 ó 4 veces por semana	2 (9.5)	7 (11.5)	7 (11.5)	6 (5.6)	0.214
Todos los días	2 (9.5)	9 (14.8)	9 (14.8)	6 (5.6)	
Sentirme estresado por mi manera de comer					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	8 (13.1)	7 (11.5)	5 (4.7)	0.110
Todos los días	4 (19.0)	7 (11.5)	12 (19.7)	8 (7.5)	
Tomar refresco					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	15 (14.6)	8 (13.1)	15 (14.0)	0.845
Todos los días	6 (28.6)	18 (29.5)	17 (27.9)	30 (28.0)	
Tomar bebidas con calorías (jugos, malteadas, licuados)					
3 ó 4 veces por semana	0	5 (8.2)	5 (8.2)	7 (6.5)	0.374
Todos los días	6 (28.6)	3 (4.9)	7 (11.5)	10 (9.3)	
Tomar agua simple					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	9 (14.8)	3 (4.9)	16 (15.0)	0.387
Todos los días	14 (66.7)	42 (68.9)	47 (77.0)	79 (73.8)	
Antojos dulces					
3 ó 4 veces por semana	3 (14.3)	9 (14.8)	11 (18.0)	25 (23.4)	0.743
Todos los días	7 (33.3)	22 (36.1)	16 (26.2)	22 (20.6)	
Antojos salados					
3 ó 4 veces por semana	0	8 (13.1)	11 (18.0)	15 (14.0)	0.796
Todos los días	5 (23.8)	11 (18.0)	9 (14.8)	20 (18.7)	
Antojos de alimentos altos en grasa					
3 ó 4 veces por semana	2 (9.5)	11 (18.0)	12 (19.7)	18 (16.8)	0.591
Todos los días	0	5 (8.2)	9 (14.8)	13 (12.1)	
Tomar jugos naturales					
3 ó 4 veces por semana	2 (9.5)	8 (13.1)	12 (19.7)	17 (15.9)	0.452
Todos los días	1 (4.8)	3 (4.9)	5 (8.2)	7 (6.5)	
Dejar el plato “vacío”					
3 ó 4 veces por semana	1 (4.8)	12 (19.7)	8 (13.1)	9 (8.4)	0.517
Todos los días	11 (52.4)	32 (52.5)	42 (68.9)	67 (62.6)	

**Tabla VI**  
Número de comidas realizadas por estratos de IMC (kg/m<sup>2</sup>)

Número de comidas	30-34.9 (n = 21)	35-39.9 (n = 61)	40-44.9 (n = 61)	≥ 45 (n = 107)	p
1	1 (4.8)	1 (1.6)	1 (1.6)	6 (5.6)	
2	5 (23.8)	17 (27.9)	18 (29.5)	29 (27.1)	
3	<b>14 (66.7)</b>	<b>28 (45.9)</b>	<b>32 (52.5)</b>	<b>54 (50.5)</b>	
4	0	4 (6.6)	4 (6.6)	12 (11.2)	.246
5	0	10 (16.4)	6 (9.8)	4 (3.7)	
6	1 (4.8)	1 (1.6)	0	1 (0.9)	
7	0	0	0	1 (0.9)	

con este grado de obesidad. Contrario a lo que podría esperarse las frecuencias de las conductas no incrementaron significativamente conforme incrementó el IMC aunque si se observó mayor recurrencia en los estratos mayores en varias de las conductas. En este sentido más de la mitad de los pacientes presentaron los hábitos “dejar el plato vacío” y “comer más rápido que la mayoría de las personas”, estas conductas han mostrado influir en la cantidad de alimento consumido, ya que no se deja de comer ante una respuesta fisiológica, sino a estímulos externos<sup>16</sup>.

Otros hábitos que también se presentaron frecuentemente fueron “comer sin hambre física”, así como “antojos dulces y salados”. El consumo de alimentos inducido por estímulos distintos al hambre física ha sido vinculado en la literatura a estados de estrés agudo, en los cuales se libera cortisol, se desata la ingesta emocional (comer en respuesta a emociones con la finalidad de regularlas) y se busca consumir alimentos que generen sensaciones agradables en la persona que las consume<sup>17,18,19</sup>.

Una tercera parte de la población del estudio presentó consumo frecuente de bebidas azucaradas y ayunos prolongados, coincidiendo con otros autores<sup>20</sup> quienes describen estas conductas como promotoras de obesidad y fundamentales de modificar cuando se busca perder peso y mejorar la salud. También, una tercera parte de los pacientes llevó a cabo solamente una o dos comidas al día, realizando así ayunos prolongados y presentando restricción energética, y quienes reportaron realizar tres comidas al día presentaron un nivel de obesidad menor. La restricción calórica se ha relacionado con un incremento en los niveles de hambre<sup>21</sup> y con dificultades en la adaptación al gasto energético lo que a largo plazo lleva a una sobreingesta y por ende a una mayor tendencia a la obesidad<sup>22</sup>. Estos resultados coinciden con otro estudio<sup>16</sup> en donde se observó que en pacientes con obesidad severa se presentaban patrones de alimentación “desordenados” y mayor tendencia a “comer entre comidas”.

Por lo tanto, se observa que es importante que el tratamiento de estos pacientes incluya técnicas de evaluación y modificación de conducta encaminado a estos hábitos ya que han mostrado ser parte de la etiología y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad<sup>23</sup>.

Dentro de las limitantes del estudio encontramos que la muestra se conformó con pacientes con obesidad moderada a severa quienes se presentaron a una clínica de obesidad y cirugía bariátrica como posibles candidatos a un tratamiento quirúrgico, en un Hospital General cuya población que acude es, en su mayoría de muy bajos recursos económicos. Por lo anterior, el estudio carece de validez externa por lo que no podría ser extrapolado al resto de la población que cursa con estos grados de obesidad. Otra limitación podría ser la metodología utilizada, el instrumento utilizado al ser autoaplicable podría implicar la falta de comprensión a las preguntas. Por último, no se exploró si los individuos consideran como factores de riesgo los hábitos de alimentación. Es necesario hacer más estudios y utilizar otros instrumentos validados así como incluir población con peso normal para poder calcular el riesgo que implican los hábitos de alimentación en el desarrollo de la obesidad. Asimismo, estudios de intervención en donde se modifiquen los hábitos de alimentación inadecuados con el objeto de corregirlos y favorecer una mejor respuesta al tratamiento de la obesidad.

Este es el primer estudio que ofrece una descripción de los hábitos de alimentación que tienen los paciente con diferentes grados de obesidad, los cuales podrían servir como base para individualizar el manejo conductual necesario en el tratamiento de estos pacientes. Los hábitos más frecuentes fueron dejar el plato vacío”, “comer más rápido que la mayoría de las personas”, “ayunos prolongados” “antojos dulces”, “tomar refresco” y “comer entre comidas”. La modificación de estos hábitos podría favorecer una mejor respuesta en el tratamiento de los pacientes con obesidad que serán sometidos a cirugía bariátrica.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas de salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. [citado: 2002 jun 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
2. Sandoval M. Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico. En Morales J. (ed). Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. México: Ciencia al Día; 2010.

3. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2012. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo.
4. Leija G, Aguilera V, Lara E, Rodríguez J, Trejo J, López M. Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Rev. latinoam. med. conducta*, 2011; 1:19-28.
5. Silencio J. Enfermedades y fármacos que favorecen la obesidad. En Morales J. (ed). Obesidad. Un enfoque multidisciplinario. México: Ciencia al Día; 2010.
6. Mechanick J, Kushner R, Sugeran H, et al. Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4:110-184.
7. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Política Nacional en Promoción de la Salud contra el sobrepeso y la obesidad en México, 2012.
8. Zaal A, Musaiger A, D'Souza R. Dietary habits associated with obesity among adolescents in Dubai, United Arab Emirates. *Nutr Journal* 2009; 24:437-444.
9. García M, Pardío J, Arroyo A, Fernández V. Dinámica familiar y sus relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las culturas contemporáneas* 2008; 14:9-46.
10. Saldaña C, Tomás I. Importancia de la alimentación en la obesidad. *Anuario de Psicología* 1999; 30:117-130.
11. Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. (2008). Eating habits and obesity among ebanese university students. *Nutr Journal* 2008; 7:32
12. Fabricatore A, Wadden T, Sarwer D, Crerand C, Kuehnel R, Lipschutz P, Raper S, William N. Self-reported eating behaviors of extremely obese persons seeking bariatric surgery: A factor analytic approach. *Obesity* 2006. 14:83S- 89S.
13. García G, Sunil T, Hinojosa P. The fast food and obesity link: consumption patterns and severity of obesity. *Obes Surg* 2012; 22:810-818.
14. Mitchell, J. The use of a standardized database in assessment. En Mitchel J, DeZwaan M. (Ed.), *Bariatric Surgery: a guide for mental health professionals*. Nueva York: Routledge; 2005.
15. Berg Ch, Lapas G, Wolk A, Strandhagen F, Torén K, Rosengren A, Thelle D, Lissner L. Eating patterns and portion size associated with obesity in a swedish population. *Appetite* 2009; 52:21-26.
16. Ronchi A, Marinari G, Sukkar S, Scopinaro N, Adami G. Behavioral Characteristics of severely obese patients seeking bariatric surgery: cross-sectional study with alimentary interview. *Behav Med* 2008; 33:145-150.
17. Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav* 2007; 91:449-58.
18. Tomiyama AJ, Dallman MF, Epel ES. Comfort food is comforting to those most stressed: evidence of the chronic stress response network in high stress women. *Psychoneuroendocrinology* 2011; 36: 1513-1539.
19. Tryon MS, De Cant R, Laugero KD. Having your cake and eating it too: a habit of confort food may link chronic stress exposure and acute stress-induced cortisol hyporesponsiveness. *Physiol Behav* 2013; 114-115:32-37.
20. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med* 2011; 364 (25): 2392-2404.
21. Anton SD, Han H, York E, Martin CK, Ravussin E, Williamson DA. Effect of calorie restriction on subjective ratings of appetite. *J Hum Nutr Diet* 2009; 22:141-147.
22. Redman LM, Heilbronn LK, Martin CK, de Jonge L, Williamson D, Delany J, Ravussin E. Metabolic and behavioral compensations in response to caloric restriction: implications for the maintenance of weight loss. *Plos One* 2009; 4:e 4377.
23. Affenito S, Franko D, Striegel-Moore R, Thompson D. Behavioral Determinants of obesity: Research findings and policy implications. *Journal of Obesity* 2012; Editorial.