

UNIVERSIDAD DE PALERMO
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Comorbilidad entre obesidad, depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento
de reducción de peso

Tutora: Claudia Garber
Alumna: Karina Solovieff

Índice

1	Introducción.....	3
2	Objetivos.....	4
	2.1 Objetivo general:.....	4
	2.2 Objetivos específicos:.....	4
3	Hipótesis.....	4
4	Marco teórico.....	5
	4.1 Obesidad.....	5
	4.1.1 Definición.....	5
	4.1.2 Factores causales. Fisiológicos, psicológicos y sociales.....	5
	4.1.3 Diagnóstico.....	7
	4.1.4 Clasificación.....	8
	4.1.5 Consecuencias físicas y psicológicas.....	8
	4.1.6 Diferencias de género.....	11
	4.2 Depresión.....	12
	4.2.1 Definición y sintomatología.....	12
	4.2.2 Clasificación.....	15
	4.2.3 El modelo de depresión de Beck.....	16
	4.2.4 Factores que influyen en su aparición.....	16
	4.2.5 Evaluación según el Inventario de Depresión de Beck.....	17
	4.3 Ansiedad.....	18
	4.3.1 Definición y sintomatología.....	18
	4.3.2 Ansiedad patológica.....	19
	4.3.3 Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.....	20
	4.3.4 Factores que influyen en su aparición.....	21
	4.4 Obesidad: comorbilidad con ansiedad y depresión.....	23
	4.4.1 Ansiedad y depresión.....	23
	4.4.2 Obesidad y trastornos psicopatológicos.....	24
5	Método.....	27
	5.1 Tipo de Estudio.....	27
	5.2 Diseño.....	27
	5.3 Participantes.....	27
	5.4 Instrumentos.....	27
	5.5 Procedimiento.....	28
6	Desarrollo.....	29
	6.1 Analizar el grado de obesidad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.....	29
	6.2 Describir el nivel de depresión de un grupo de pacientes obesos en tratamiento de reducción de peso.....	29
	6.3 Analizar el grado de ansiedad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.....	31
	6.4 Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión según el grado de obesidad de los pacientes.....	32
	6.5 Determinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad según el grado de obesidad de los pacientes.....	33
	6.6 Determinar si existen diferencias en el grado de obesidad según género.....	35
7	Conclusiones.....	37
8	Referencias bibliográficas.....	41

1 Introducción

El siguiente trabajo final de integración surge a partir de la práctica de habilitación profesional que se realiza en el un centro terapéutico ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, teniendo una duración de 280 horas, con un promedio de 20 horas semanales.

Es una institución dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. Su objetivo principal es la modificación de hábitos nocivos relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites, excesos y comidas. En el marco del tratamiento es de fundamental importancia el trabajo dentro de los grupos terapéuticos, donde los pacientes tienen la posibilidad de compartir sus éxitos y fracasos apoyados por un grupo de psicólogos cuya función es contenerlos y acompañarlos en tan arduo proceso. De esta manera se logra mantener la motivación y el compromiso en el tratamiento.

El método de esta institución brinda un sistema coherente, contenedor y continuo, pero donde la intención es la confrontación con la debilidad de cada paciente. No se trata de enseñar a comer sino de aprender a establecer límites y poder parar. Este método se basa en el corte inminente con los excesos, la medida en relación con las porciones, el cuerpo y la ropa; y la distancia entre cada comida y con la comida en sí.

En el marco de la práctica profesional se realizó observación no participante de los grupos terapéuticos, y a partir de esta observación surgió el interés por analizar la comorbilidad entre el sobrepeso y la obesidad y algunos constructos psicológicos durante la etapa de reducción de peso.

Para ello se observaron el grado de obesidad a través del índice de masa corporal (IMC), el nivel de depresión de los pacientes con el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y los niveles de ansiedad-estado y de ansiedad-rasgo con el Inventario de Ansiedad estado-rasgo (STAI). Los resultados muestran un marcado nivel de ansiedad en los pacientes y diferencias de género en el grado de obesidad de los pacientes, con los hombres presentando mayores niveles que las mujeres.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general:

Analizar la comorbilidad entre obesidad, depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de reducción de peso.

2.2 Objetivos específicos:

- Analizar el grado de obesidad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.
- Describir el nivel de depresión de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.
- Analizar el grado de ansiedad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.
- Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión según el grado de obesidad de los pacientes.
- Determinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad según el grado de obesidad de los pacientes.
- Determinar si existen diferencias en el grado de obesidad según género.

3 Hipótesis

1. Los pacientes en tratamiento de reducción de peso presentan comorbilidad con síntomas depresivos.
2. Los pacientes en tratamiento de reducción de peso presentan comorbilidad con síntomas ansiosos.
3. A mayor grado de obesidad, los pacientes presentan mayores niveles de depresión.
4. A mayor grado de obesidad, los pacientes presentan mayores niveles de ansiedad.
5. Las mujeres presentan mayor porcentaje en obesidad y los hombres en sobrepeso.

4 Marco teórico

4.1 Obesidad

4.1.1 Definición

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad es una enfermedad que afecta a una parte importante de la población mundial. La OMS define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Entre las consecuencias negativas de esta enfermedad se encuentra un aumento en el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoartritis, y algunos tipos de cánceres, entre ellos los de endometrio, mama y colon (OMS, 2012a).

Ravenna (2007) define a la obesidad, incluyendo variables sociológicas y psicológicas, como una tendencia del cuerpo a acumular grasa en exceso, que puede tener origen en la infancia, adolescencia o aparecer recién en la etapa adulta, y se manifiesta en mayor o menor medida como enfermedad de acuerdo con el grado de agresividad del entorno sociocultural y étnico y las características psicológicas individuales de la persona.

4.1.2 Factores causales. Fisiológicos, psicológicos y sociales

En la aparición de la obesidad como enfermedad intervienen múltiples factores de distinto tipo. Se puede distinguir entre ellos el factor genético, los mecanismos fisiológicos que actúan en la acumulación excesiva de grasa corporal que caracteriza a la enfermedad, y los factores psicológicos y sociales que favorecen las conductas que llevan a la enfermedad.

En cuanto a su base genética, la obesidad estaría relacionada con la existencia de un gen que codifica para la reserva energética en forma de grasa corporal. El genetista americano Neel (citado en Ravenna, 2006) propuso la teoría del gen ahorrativo buscando una explicación para la obesidad extrema de una población de habitantes originarios de Norteamérica. Su hipótesis explicativa es que, debido a períodos de hambruna que experimentaron en su historia, muchos individuos quedaron desnutridos o murieron, y los que sobrevivieron lo

hicieron porque tenían una ventaja innata: un gen ahorrativo tendiente a acumular reservas de energía. La mayor probabilidad de reproducción de estos individuos hizo que sus descendientes heredaran ese rasgo aumentando la presencia del mismo en la población.

Extendiendo esta hipótesis al resto de las poblaciones humanas, Prentice (Citado en Ravenna, 2006), investigador del Medical Research Centre del Reino Unido, sostiene que el gen ahorrativo se remite a los comienzos de la agricultura y al crecimiento demográfico. Dicho gen permitiría una utilización más eficiente de la comida y favorecería la formación de depósitos de grasa e incrementos rápidos de peso durante los períodos de abundancia, con el fin de acumular reservas para sobrevivir a posibles hambrunas posteriores.

La base genética entonces, actuaría sobre las actividades neurológicas, metabólicas y hormonales para proteger a los individuos de la pérdida de peso. Esta característica que podría definirse como una adaptación desarrollada mediante la selección natural, se convirtió en desadaptativa cuando los cambios en las condiciones de vida hicieron que esa capacidad especial para acumular grasa no fuera necesaria (Ravenna, 2006). La base genética mencionada no es el único factor que causa la obesidad. Sobre ella actúan otros de diversa índole, como las fallas en los mecanismos neurofisiológicos y hormonales que regulan la ingesta de comida. La necesidad de comer tiene un ritmo biológico regulado por mediadores centrales y periféricos, interconectados (López Mato & Vieitez, 2002).

Entre los primeros se destaca la noradrenalina como regulador positivo, es decir que estimula la necesidad de comer (efecto orexígeno) en cantidad y frecuencia. Actúa en interrelación con los neuropéptidos Y e YY y las dinorfinas. Además del efecto orexígeno los neuropéptidos disminuyen el consumo energético. Por otra parte, el principal regulador central en sentido negativo (efecto anorexígeno) es la serotonina. Originadas en la periferia, pero con acción en el sistema central, las leptinas son proteínas que producen saciedad, colaborando en el equilibrio de la ingesta calórica (López Mato & Vieitez, 2002).

Entre los mecanismos periféricos encontramos a la grelina, hormona segregada por el estómago cuando está vacío y que estimula la ingesta; la insulina, secretada por el páncreas, es la gran reguladora de la cantidad de glucosa en sangre, determinando la cantidad que se utiliza y la que se almacena como grasa. La colecistokinina actúa como una señal para dejar de comer al activarse las enzimas digestivas del intestino delgado (Ravenna, 2006, 2007).

Los factores psicosociales también son importantes en la aparición del sobrepeso y la obesidad. En primer lugar, los cambios en las costumbres experimentados por los países

industrializados durante el último medio siglo han determinado un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. Al mismo tiempo, el desarrollo de la industrialización y de los servicios como el transporte, han generado un descenso en la cantidad de actividad física realizada por el común de las personas, como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de la mayoría de las formas de trabajo y de los nuevos modos de desplazamiento (OMS, 2012a).

Estas circunstancias constituyen el marco social en el que se ha producido el crecimiento de la prevalencia de la obesidad, que ya no sólo afecta a los países desarrollados, sino también a los subdesarrollados. Un cambio de estas condiciones requiere de políticas de apoyo de parte de los estados en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación, al mismo tiempo, que de un esfuerzo conjunto de las organizaciones interesadas (OMS, 2012a).

Además de los cambios mencionados, el ambiente estresante en el que muchas veces se desarrollan las vidas de los habitantes de las ciudades modernas interfiere sobre los mecanismos regulatorios a nivel corporal. Los receptores encargados de dar la orden al cerebro para dejar de comer no actúan normalmente como consecuencia de esta interferencia y esta alteración explicaría el origen de la obesidad en muchos casos (Ravenna, 2006).

En cuanto al entorno microsocioal, la familia es un ámbito de fundamental importancia en cuanto a favorecer o desalentar las conductas que llevan a la acumulación excesiva de grasa corporal. En este sentido, en nuestro país y en otros con similitudes culturales, la gordura en los niños ha sido considerada históricamente como sinónimo de salud. La persistencia de esta valoración cultural ha conducido a que en la actualidad, y a pesar de las múltiples advertencias respecto de los riesgos que implica la obesidad infantil, las familias estimulen hábitos de ingesta que no son realmente saludables, sino que llevan a un desequilibrio de la ingesta y consumo de calorías (Ravenna, 2006).

4.1.3 Diagnóstico

Para determinar la presencia de esta enfermedad y el grado o severidad se utiliza como indicador diagnóstico al índice de masa corporal (IMC). Se trata de un indicador de cálculo sencillo e interpretación simple, que relaciona el peso y la talla, expresando en mayor o menor medida la posibilidad de padecer enfermedades asociadas. Se calcula dividiendo el peso de

una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La creación de este índice como medida antropométrica se debe a Quetelet (1835), quién llegó a la conclusión de que existía una relación más o menos estable entre el peso y el cuadrado de la estatura, después de analizar numerosas estadísticas. La primera vez que se utilizó el índice en la medicina fue en el año 1957, y fue Keys quién lo bautizó definitivamente como Índice de Masa Corporal en 1972 (citado en Puche, 2005).

Garrow y Webster (1985, citado en Puche, 2005) establecieron la validez del IMC como indicador de sobrepeso y obesidad al relacionar este índice con medidas más objetivas del contenido de grasa corporal: densidad corporal, contenido corporal de agua y contenido corporal de potasio.

4.1.4 Clasificación

En el caso del sobrepeso, que corresponde a un IMC entre 25 y 28, el riesgo de padecer enfermedades como consecuencia del exceso de grasa corporal es reducido. Dentro de lo que se considera obesidad (IMC superior a 29) pueden distinguirse cuatro grados, de acuerdo con el IMC: Grado 1 (IMC hasta 32), con un moderado riesgo de padecer enfermedades asociadas, Grado 2 (IMC hasta 40) que implica un riesgo mayor que el asociado al grado 1, Grado 3 (IMC hasta 50), con un alto porcentaje de personas que sufren complicaciones de salud, y Grado 4 (IMC mayor de 50), que implica una discapacidad severa para la persona que la padece (Ravenna, 2006).

4.1.5 Consecuencias físicas y psicológicas

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo, según la OMS (2012a). Esta organización estima que para el año 2015 habrá aproximadamente 2,500 millones de individuos con sobrepeso en todo el mundo, y más de 700 millones de obesos (Córdova Villalobos, Barriguete Meléndez, Rivera Montiel, Lee, & Mancha Moctezuma, 2010).

La obesidad está asociada con numerosas enfermedades dentro de un espectro muy variado. Entre ellas se pueden mencionar las enfermedades pulmonares, el síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado,

hipertensión arterial, gota, trastornos ginecológicos, y otras complicaciones tales como enfermedad venosa y periodontal. Aun cuando la asociación entre la obesidad y todas estas enfermedades no implica que aquella sea causa directa de las mismas, está comprobado que aumenta considerablemente el riesgo de padecerlas (Soca & Peña, 2009).

Además, el grado de obesidad está relacionado con el riesgo de padecer alguna de estas enfermedades, aumentando el mismo con un grado de obesidad mayor. La American Heart Association ha establecido una graduación del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares según el grado de obesidad que se exhibe en la siguiente tabla (Moreno González, 1997).

Tabla 1
Grado de obesidad y su relación con riesgo para la salud

SEGUN AMERICAN HEART ASSOCIATION			
	GRADO	IMC	RIESGO
Clase 0	normal	20 - 24.9	Muy bajo
Clase I	obesidad leve	25 - 29.9	Bajo
Clase II	obesidad moderada	30 - 34.9	Moderado
Clase III	obesidad severa	35 - 39.9	Alto
Clase IV	obesidad mórbida	>40	Muy alto

Entre las enfermedades asociadas con la obesidad se destaca lo que se conoce como síndrome metabólico, y que designa a la interacción que se da entre ciertas patologías como: hipertensión arterial, resistencia a la insulina, intolerancia a los carbohidratos, dislipidemia. No existe una explicación acabada de la forma en que funcionan estas cuestiones de manera interrelacionada, pero resulta claro que este síndrome puede tener graves consecuencias para la salud de quienes lo padecen, y que una buena parte de la explicación se basa en la sensibilidad a la insulina (Gempeler, 2002).

En algunos casos el aumento del riesgo de padecer esta enfermedad es notable, e incluso se han encontrado los mecanismos a través de los cuales la obesidad se relaciona con el desarrollo de algunas de ellas.

Tal es lo que ocurre entre la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Esta enfermedad tiene una importante base genética, sin la cual no es posible que se desarrolle. Sin embargo, dada esta base genética, la obesidad aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Esto se explica porque a medida que aumenta la cantidad de grasa corporal acumulada disminuye la sensibilidad a los mensajes de la insulina. Ante esta falla, se produce un aumento de la secreción de insulina desencadenando la enfermedad (Rodríguez Scull, 2004).

En cuanto a las enfermedades pulmonares, la acumulación de grasa corporal afecta la capacidad respiratoria a través de la presión mecánica que la grasa ejerce sobre el diafragma y el tórax. Al mismo tiempo disminuye la fuerza muscular en relación con las necesidades respiratorias y se ve afectado el volumen pulmonar. A través de estos mecanismos la obesidad puede provocar enfermedades tales como la enfermedad obstructiva pulmonar crónica y asma. En el primer caso, se trata de una enfermedad común entre los fumadores, en donde la obesidad actúa como un factor que aumenta el riesgo y las consecuencias de la enfermedad. Con respecto al asma, la hipótesis es que existe un vínculo inmunológico entre esta enfermedad y la obesidad, a través del aumento de los mediadores inflamatorios como la leptina (Poulain et al., 2006, citado en Soca & Peña, 2009).

La relación entre obesidad e hipertensión arterial resulta preocupante. Especialmente si se considera que esta enfermedad es llamada vulgarmente “el enemigo silencioso”. En un estudio realizado por Redon y Lurbe (2007) se encontró que el 42% de una muestra de pacientes obesos fueron detectados con hipertensión y no tenían diagnóstico al respecto. Los estudios indican que la relación entre obesidad e hipertensión arterial está presente ya en la niñez y se mantiene a lo largo de toda la vida. El riesgo aumenta según la localización de la grasa corporal, siendo mayor en aquellos pacientes que poseen obesidad abdominal o central, lo que implica también un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Otra enfermedad relacionada con la obesidad es la enfermedad de hígado graso no debida a la ingesta de alcohol. En este caso la disfunción hepática tiene su origen en la acumulación de grasa en el hígado. Como complicación del cuadro, puede decirse que esta acumulación de grasa se relaciona con la resistencia a la insulina, la cual fue mencionada al tratar la relación entre obesidad y diabetes. La reducción de peso constituye un método eficaz que contribuye a impedir el desarrollo y evolución de la enfermedad, y a través de su efecto sobre el metabolismo de la insulina, contribuiría también a disminuir el riesgo de padecer diabetes tipo II (Silvestre et al., 2007).

Además de las consecuencias negativas que la obesidad tiene para la salud física de quienes la padecen, existen también numerosas consecuencias psicosociales. Calva (citado en Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides & González Ramírez, 2005) señala que la mayoría de la gente obesa tiende a mostrar mayor inseguridad personal, miedos, desórdenes en la conducta, distorsión de su imagen corporal, baja autoestima, y perturbaciones emocionales como tristeza, infelicidad y depresión.

La baja autoestima de los pacientes obesos se encuentra altamente relacionada con su imagen corporal. La experiencia indica que éstos suelen tener una mala imagen corporal como consecuencia de la condena y discriminación que sufren por parte de la sociedad. En un estudio realizado por Casillas-Estrella et al. (2006) con 158 pacientes obesos se encontró una correlación positiva entre el IMC de los pacientes y el grado de insatisfacción con su imagen corporal ($r=0,54$, $p<0,01$). En el mismo estudio se menciona que las personas expuestas al estigma del sobrepeso y la obesidad son más vulnerables a la depresión y al aislamiento social.

Con respecto a este último aspecto, los efectos de la discriminación sobre los obesos comienzan ya en la niñez. Los niños y niñas que sufren de obesidad presentan un mayor riesgo de aislamiento social, de ser acosados, excluidos o incluso agredidos (García, 2010; citado en Cuadra-Martínez, Georgudis-Mendoza & Alfaro-Rivera, 2012).

Una interesante descripción de las consecuencias de la obesidad en términos psicopatológicos es la que brinda Korbman de Shein (2010). Sostiene que la depresión es un síntoma común en los pacientes obesos debido a que, al no poder alcanzar su meta de recuperar un peso normal, debido a las dificultades para cumplir con una dieta que se los permita, deben luchar entre la resignación a seguir siendo obesos y la baja valoración a la que lo lleva ese estado. La consecuencia de esta situación de tensión es un sentimiento de culpa que los lleva a la depresión.

4.1.6 Diferencias de género

Braguinsky (2002) realizó un relevamiento de diversos estudios nacionales realizados en países latinoamericanos, verificando que en todos ellos se detectó una relación entre obesidad y género. La prevalencia de esta enfermedad es significativamente mayor en el sexo femenino; solamente en México se encontró que la prevalencia de sobrepeso era mayor en hombres.

En la Argentina, se han encontrado matices a esta relación. A partir de los datos provenientes de informes nacionales como Encuesta Permanente de Hogares o la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se observó que en las categorías más graves de obesidad, obesidad severa y muy severa, las mujeres representaban el mayor porcentaje con diferencias significativas sobre los hombres. En cambio para el sobrepeso y la obesidad de grado 1 los mayores porcentajes correspondieron a los hombres (Elgart, et al. 2010).

4.2 Depresión

Tal como se menciona en el apartado 1.5, la depresión es uno de los trastornos que se presenta en comorbilidad con la obesidad. A continuación se analizan sus características definitorias y los síntomas más importantes.

4.2.1 Definición y sintomatología

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Además, su carga mundial, en cuanto a los costos que representa para la economía, está en aumento en la mayoría de los países. Esto representa un grave problema de salud mental, considerando que cuando la depresión es de larga duración e intensidad moderada a grave, causa gran sufrimiento y altera las actividades laborales, escolares y familiares. En los casos más severos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales (OMS, 2012b).

El concepto depresión remite a muchos significados: en el uso común se asocia con la descripción de un estado de ánimo relacionado con la tristeza, mientras que en el ámbito clínico se utiliza para designar un trastorno de estructura compleja, que suele presentarse en comorbilidad con otros trastornos. El diagnóstico de la depresión, en consecuencia, es una cuestión compleja pues se trata de un cuadro clínico que presenta varias formas diferentes implicando factores biológicos y ambientales que se influyen mutuamente (Boullosa, 2002).

El estado de ánimo es un tono vital interno con características dominantes que influye en la conducta de las personas y en su forma de percibir el mundo. El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido, y se expresa externamente a través del afecto. Las personas sanas experimentan los tres tipos de estados de ánimo con diferentes matices, y tienen un repertorio amplio de expresiones afectivas. La normalidad consiste entonces en el equilibrio

entre los distintos estados de ánimo y en la percepción de control que una persona tiene de sus estados de ánimo y de sus afectos (Kaplan & Sadock, 2008).

En contraposición con la normalidad, los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de ese sentido del control y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar. Los pacientes con estado de ánimo deprimido experimentan una pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultades de concentración, pérdida del apetito y problemas de sueño. En casos graves se presentan pensamientos de muerte o suicidio. Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo son el cambio en el nivel de actividad, funciones cognitivas, habla y funciones vegetativas, cambios que generan habitualmente un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral (Cía, 2007; Kaplan & Sadock, 2008).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV-TR) (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000) los criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo son los que se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor – DSMIV-TR

Criterio	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
	<ul style="list-style-type: none"> • Estado Patológico Animo triste • Falta de interés • Disminución del nivel de energía y actividad • Sentimientos de impotencia y frustración • Ideas de suicidio • Alteraciones en el apetito y en el sueño
A.	Al menos 2 semanas, 5 síntomas o más, al menos 1 tiene que ser: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo depresivo, o irritable (la mayor parte del día casi todos los días) • Disminución del interés o la capacidad para el placer
Criterios Accesorios	Pérdida de peso (5 % en un mes) <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio o hipersomnia casi cada día • Enlentecimiento psicomotor (observable por los demás) • Fatiga o disminución de energía casi cada día • Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos e inapropiados • Disminución de la capacidad para concentrarse o indecisión • Pensamientos de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico
B.	Los síntomas no cumplen criterio para episodio mixto
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes
D.	Los síntomas no son debido a efectos fisiológicos de una sustancia
E.	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo.

Los síntomas enumerados en los dos primeros grupos se consideran fundamentales para el diagnóstico del trastorno. Resulta importante en su evaluación la consideración del factor tiempo, es decir que estos síntomas no se presenten como algo ocasional, ni de forma aislada, sino que se presenten varios de ellos durante al menos dos semanas. En el caso de los destacados, el estado de ánimo depresivo o irritable, debe presentarse durante buena parte del día, casi todos los días para considerándolo indicador de depresión. Adicionalmente debe considerarse se la presencia de tales síntomas no se explica por el consumo de alguna sustancia, o por la presencia de un duelo, y sobre todo debe tenerse en cuenta que su presencia

represente un deterioro de las relaciones sociales y laborales.

En estudios con pacientes que padecen depresión a largo plazo se ha determinado la existencia de dos tipos fundamentales: depresión exógena o reactiva y endógena. El primer tipo corresponde a aquellos trastornos que tienen una causa externa, como puede ser la muerte de un ser querido, una pérdida económica importante que afecte a la posición social, o el padecimiento de una enfermedad invalidante. La depresión endógena, en cambio, no presenta una causa externa manifiesta, por lo que se atribuye su origen a una alteración biológica (APA, 2000).

4.2.2 Clasificación

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. De acuerdo con esta distinción pueden reconocerse dos tipos de trastorno (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005).

Por un lado la *Depresión unipolar*: Se caracteriza porque durante los episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía con la consiguiente disminución de la actividad. Estas características deben presentarse durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión unipolar también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

En segundo lugar, el *Trastorno bipolar*: Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

4.2.3 El modelo de depresión de Beck

El modelo cognitivo de la depresión, inicialmente definido por Beck (1963, 1964, 1967, citado en Beck, Rush, Shaw & Emery, 2005), se ha desarrollado durante más de tres décadas en una interrelación permanente entre la práctica clínica y la experimental. Este modelo se centra en encontrar un sentido en la multiplicidad de síntomas que caracterizan al trastorno, estableciendo una secuencia lógica coherente. Un análisis de este tipo es el que lleva a postular como principal foco de la patología al modo idiosincrático que tiene la persona de verse a sí mismo, a sus experiencias y su futuro, junto con las formas particulares en que procesa la información. Esto no implica descartar otros factores, que pueden considerarse como parte de la etiología última del trastorno, tales como la predisposición hereditaria, aprendizaje inadecuado, lesión cerebral o trastornos bioquímicos a nivel del Sistema Nervioso Central (Beck et al., 2005).

La explicación que este modelo brinda de la depresión (Beck et al., 2005), se basa en tres pilares fundamentales:

- La tríada cognitiva son patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.
- Los esquemas, considerados como patrones cognitivos estables que determinan el modo en que un individuo estructura sus experiencias.
- Los errores cognitivos constituyen errores sistemáticos en el pensamiento de los pacientes depresivos que sostienen la creencia en la validez de los conceptos negativos acerca de sí mismo y su experiencia, a pesar de la existencia de hechos contradictorios con ellas.

Para explicar la aparición del trastorno, el modelo cognitivo supone la existencia de una predisposición a la formación de conceptos negativos acerca de uno mismo, del futuro y del mundo, que se origina en experiencias tempranas. Esta predisposición permanece latente hasta que es activada por circunstancias análogas a aquellas experiencias iniciales que le dieron origen.

4.2.4 Factores que influyen en su aparición

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. El modelo cognitivo puede explicar los síntomas físicos de la depresión, entendiendo la apatía y las pocas energías como posibles consecuencias de la creencia del paciente a estar predestinado al fracaso. Como consecuencia, la incapacidad de poseer una visión positiva del futuro puede producir una inhibición psicomotriz dado que el paciente depresivo se autopercibe como una carga inútil (Beck et al., 2005).

Los síntomas motivacionales pueden explicarse a partir de las cogniciones negativas. Por ejemplo, el pesimismo y la desesperación del paciente provocan una disminución en la fuerza de voluntad impidiendo generar un compromiso en la ejecución de determinada tarea. Entre los factores sociales, el modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente considera equivocadamente que va a ser rechazado, su reacción tendrá el mismo efecto negativo que cuando el rechazo es real. Si cree erróneamente que su vida está marginada de la sociedad su sensación será de soledad (Beck et al., 2005).

4.2.5 Evaluación según el Inventario de Depresión de Beck

El Beck Depression Inventory en su segunda versión (BDI-II) representa una evaluación de la severidad de la depresión en adultos y adolescentes y se desarrolló como un indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos. (Beck, Steer & Brown, 2006).

La puntuación se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems siendo la puntuación total máxima igual a 63. Los grados en que se presentan los síntomas se determinan con base en esta puntuación según los intervalos que muestra la Tabla 3.

Tabla 3

Puntuaciones BDI II, grados de depresión

Puntuaciones totales	Rango
0 – 13	Mínimo
14-19	Leve
20-28	Moderado
29-63	Severo

Las categorías presentadas en la tabla anterior sirven como referencia del grado en el cual se presentan los distintos síntomas del trastorno, sin permitir elaborar un diagnóstico en base a estos resultados exclusivamente. Para establecer un diagnóstico definitivo y evaluar la gravedad del trastorno es necesario llevar a cabo un examen clínico completo. En este examen es de fundamental importancia considerar el patrón completo de los síntomas depresivos que el paciente reporta. Para ello este instrumento no sólo refleja síntomas cognitivos y afectivos sino también síntomas de depresión somáticos y vegetativos. Además, las preguntas incluidas en el instrumento puede servir de guía al profesional para adentrarse en el real significado de los constructos inadecuados o distorsionados del paciente (Beck et al., 2005).

4.3 Ansiedad

Los trastornos de ansiedad también se presentan muchas veces en comorbilidad con la obesidad. En este apartado se desarrollarán sus características definitorias y sintomatología, así como los factores que intervienen en su aparición y la distinción entre la ansiedad-estado y la ansiedad como rasgo de personalidad.

4.3.1 Definición y sintomatología

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes en la población general vinculándose a una morbilidad significativa y, generalmente, mostrando cronicidad y resistencia al tratamiento. Subsiguientemente, existe una sorprendente interrelación entre

factores experienciales y genéticos evidenciando de manera muy clara que los episodios vitales traumáticos y el estrés también son etiológicamente importantes (Kaplan & Sadock, 2008).

De acuerdo con la definición de la ansiedad como fenómeno complejo, las manifestaciones sintomáticas del trastorno pueden responder a cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en los comportamientos y en las emociones. Estos cambios actúan como factores explicativos de los síntomas y están mutuamente relacionados (Cía, 2007).

La ansiedad normal generalmente se manifiesta por una sensación de aprensión difusa, que resulta ser molesta y confusa, a menudo asociada a síntomas vegetativos como taquicardia, inquietud, cefalea, diaforesis, opresión torácica y malestar epigástrico. Por consiguiente, dicha ansiedad se manifiesta como una señal de alerta que informa acerca de un peligro inmediato posibilitando al individuo la adopción de medidas de afrontamiento. Si bien el miedo resulta ser una señal de alerta parecida, debe ser diferenciada de la ansiedad ya que el primero; es una respuesta a una amenaza conocida, externa y definida mientras que la segunda; es una respuesta a una amenaza desconocida, interna y difusa (Kaplan & Sadock, 2008).

Como constructo psicológico, la ansiedad se aplica a un conjunto complejo de cogniciones, comportamientos, emociones y reacciones fisiológicas que aparecen ante la necesidad de decidir entre alternativas en competencia (Márquez, 2000 citado en Vázquez & Cetkovich-Bakmas, 2002).

Cía (2007) define a la ansiedad normal como una emoción psicobiológica básica y adaptativa ante un desafío o amenaza, presente o futura. Su función primordial consiste en generar la respuesta adecuada para superar determinada situación dentro de los parámetros normales de tiempo e intensidad. La ansiedad patológica, por su parte, es una respuesta desmedida que tiende a persistir, determinando una visión negativa del futuro que afecta la libertad y el desarrollo personales.

4.3.2 Ansiedad patológica

Según el National Comorbidity Study (1992) los trastornos de ansiedad representan uno de los grupos más frecuentes de trastornos psiquiátricos determinando que uno de cada cuatro

individuos cumple los criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad. La prevalencia de dichos trastornos se reduce en los niveles socioeconómicos más altos (Kaplan & Sadock, 2008).

La vivencia de la ansiedad está determinada por un elemento fisiológico y otro elemento cognitivo; el individuo tiene consciencia de las sensaciones fisiológicas (p. ej., palpitaciones) y además, se percibe nervioso y asustado. Las manifestaciones periféricas de la ansiedad patológica se encuentran caracterizadas por síntomas tales como: diarrea, epigastralgia, hiperhidrosis, hiperreflexia, hipertensión arterial, inquietud, midriasis, palpitaciones, parestesias de las extremidades, polaquiuria, retraso en el inicio de la micción, urgencia miccional, síncope, taquicardia, temblores, vértigo y mareos. De la misma manera, la ansiedad afecta al pensamiento, a la percepción y al aprendizaje marcando cierta tendencia a ocasionar confusión, no sólo distorsionando la ubicación temporo espacial sino también el significado de los acontecimientos. Dichas distorsiones pueden deteriorar la concentración y la memoria además de la capacidad para establecer asociaciones (Kaplan & Sadock, 2008).

4.3.3 Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo

Según el modelo de Spielberger, la ansiedad es un constructo que puede considerarse en dos aspectos claramente diferenciados. Por un lado encontramos un factor de personalidad que explicaría las diferencias individuales, relativamente estables, en las respuestas de ansiedad de los individuos ante situaciones percibidas como amenazantes. En tanto característica con una cierta estabilidad, se concibe como una tendencia y se designa como ansiedad-rasgo. Además, existe un segundo factor que hace referencia a un periodo transitorio caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo que, a diferencia de lo que sucede con el primer factor, no es estable sino que puede variar en el tiempo, de acuerdo con las circunstancias y presentarse con menor o mayor intensidad. A este aspecto se lo denomina ansiedad-estado (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2011).

Desde el punto de vista del diagnóstico de los trastornos de ansiedad, es importante poder diferenciar entre lo que es un estado emocional momentáneo y lo que corresponde a un rasgo de personalidad más estable. El estado ansioso puede determinarse por la presencia de síntomas subjetivos, tales como tensión y aprensión, y por síntomas objetivos que tienen que

ver con una marcada actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad como rasgo, en cambio, corresponde a una tendencia más o menos estable a experimentar ansiedad-estado, que permite establecer diferencias individuales entre aquellos que la presentan y quienes no (Cía, 2007).

El estudio de la relación entre la ansiedad-rasgo y otras formas de evaluación de la personalidad ha permitido establecer similitudes entre este constructo y los desarrollados por Eysenck (1967, 1981, citado en Cía, 2007) para evaluar los rasgos definitorios de la personalidad. En esta línea, Gray (1982, citado en Cía, 2007) afirma que los sujetos con una elevada tendencia ansiosa presentan características de introversión y neuroticismo combinados. Al mismo tiempo, y en relación con las bases neurofisiológicas de la conducta, este autor sostiene que la personalidad ansiosa se caracteriza por una gran activación de los sistemas inhibitorios.

En pacientes que sufren de trastornos de ansiedad, la media de puntaje en la escala de ansiedad-estado en el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ha sido identificada entre 44 y 51, llegando a los 53 puntos en el caso de los pacientes con trastornos anímicos (Kaneda & Fuji 2000; Stanley et al., 2001; Stark et al., 2002; citados en Kvaal, Ulstein, Nordhus & Engedal, 2005). Esto hablaría de una mayor expresión de los estados de ansiedad en aquellas personas que poseen una personalidad ansiosa.

Otras investigaciones realizadas con gemelos mono y dicigóticos han permitido establecer la heredabilidad de la tendencia a experimentar ansiedad, explicando al menos la mitad de las diferencias en la presencia de ansiedad-estado. Spielberger et al. (1984, citado en Cía, 2007), por ejemplo, sostienen que las personas con elevado rasgo de ansiedad son más vulnerables al estrés, y al mismo tiempo responden a un rango más amplio de situaciones que aquellos que no presentan este rasgo. En consecuencia, estas personas tienden a presentar ansiedad-estado más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no sufren una tendencia ansiosa.

En síntesis, la ansiedad-estado puede considerarse un curso emocional identificado con un proceso multifactorial que, en su base, refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa (Cía, 2007).

4.3.4 Factores que influyen en su aparición

Existen diversas explicaciones para la etiología de la ansiedad y sus trastornos.

Identificando la ansiedad como algo propio del ámbito de las emociones, se detecta la incidencia de los aspectos conductual, cognitivo y fisiológico en la sintomatología ansiosa.

El modelo tripartito de Lang (1971, 1985; citado en Cía, 2007) postula que los estímulos potencialmente ansiógenos actúan sobre estos tres aspectos, que interactúan funcionando como sistemas complementarios, aun cuando es común que existan fallas en la concordancia entre ellos. Un ejemplo de los factores que pueden generar estas fallas es la influencia de las restricciones sociales. Esto es lo que ocurre cuando las pautas culturales fijan límites a lo que puede expresarse como conducta adecuada en ciertos ámbitos. Estas restricciones actúan sobre el sistema conductual, inhibiendo ciertas conductas que expresarían la ansiedad, pero no tienen la misma incidencia en el nivel fisiológico, que obedece a mecanismos que están más allá de la voluntad de la persona.

Aun cuando el modelo tripartito pretende explicar las modalidades de la respuesta a estímulos potencialmente ansiógenos, su estructura plantea la necesidad de identificar el factor causal. La mayoría de los psicólogos cognitivos coinciden en que lo que caracteriza a los pacientes con trastornos ansiosos es que presentan pensamientos negativos y autoderrotistas acerca de sí mismos y sus circunstancias, junto con una tendencia a “catastrofizar” (Cía, 2007).

Esta característica se debe a que en el caso de los pacientes ansiosos los esquemas referidos a las amenazas percibidas, ya sean físicas o psicológicas, son desadaptativos, y esto deriva en un sentimiento exagerado de vulnerabilidad (Cía, 2007).

Black y Emery (1985; citado en Cía, 2007) sostienen que los pacientes ansiosos son particularmente sensibles a los aspectos negativos de las situaciones y no tienen tal sensibilidad para los positivos. Esto provoca que dichas personas tiendan a interpretar incluso los sucesos ambiguos como amenazantes. Esta característica de los pacientes ansiosos se complementa con un estado de alerta permanente, por el cual utilizan gran parte de la capacidad cognitiva para analizar permanentemente el entorno en busca de situaciones amenazantes.

A la elevada morbilidad que presentan los diversos trastornos de ansiedad se agrega la tendencia a la cronicidad de los mismos al no ser adecuadamente diagnosticados y tratados. Esto repercute en todos los ámbitos de la vida, afectando las relaciones en los entornos familiar, laboral y social (Cía, 2007).

4.4 Obesidad: comorbilidad con ansiedad y depresión

4.4.1 Ansiedad y depresión

La relación entre ansiedad y depresión ha sido reportada en la literatura científica, tanto en estudios epidemiológicos como correlacionales (Clark & Watson, 1991, 1995; Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Lambert, McCrear & Joiner, Schmidt & Ialongo, 2004, citados en González Cifuentes, Ángel de Greiff & Avendaño Prieto, 2010).

Estudios realizados para evaluar la comorbilidad de la depresión con otros trastornos coinciden en que el trastorno con mayor comorbilidad con la depresión es la ansiedad (Berlanga, 1993; Heinze et al., 1999; Heinze, Villamil & Cortés, 2002 & Heinze, 2003; citados en Reyes Castro & Pulido Rull, 2011).

En estudios psicométricos, la correlación entre las medidas de depresión y las de ansiedad suele ser significativamente alta, con coeficientes de correlación entre 0.66 y 0.77 para muestras clínicas y no clínicas respectivamente (Clark & Watson, 1991; citado en González Cifuentes, Ángel de Greiff & Avendaño Prieto, 2010).

En cuanto a los estudios epidemiológicos, la Encuesta Nacional de Comorbilidad (ENC) realizada en los Estados Unidos en 1994, estableció que el 58% de los pacientes con depresión mayor estaban afectados además por algún tipo de trastorno de ansiedad. Los pacientes con comorbilidad entre ambos trastornos tienden a tener problemas psicológicos y de integración social más graves que aquellos que padecen sólo uno de los trastornos (Katon & Roy Byrne, 1991; citado en Cía, 2007).

Ambos trastornos comparten algunas manifestaciones sintomáticas, pero hasta el momento no existe una conclusión definitiva acerca de si este solapamiento es una simple coincidencia temporal de síntomas o si se puede hablar de una relación causal entre ellos. En este sentido, Sanford et al. (1995, citados en Romero Acosta et. al., 2010) encontraron que los síntomas de ansiedad aumentan el riesgo de desarrollar depresión. Por su parte Reinherz et al. (1993, Citado en Romero Acosta et. al., 2010) han encontrado que la presencia de síntomas ansiosos se relaciona con el posterior desarrollo de síntomas depresivos. Sin embargo, existen otros estudios que niegan esta relación causal.

Estudios realizados con gemelos para evaluar la importancia de la base genética en estos trastornos han encontrado una correlación tres veces mayor en los gemelos monocigóticos con

respecto a los dicigóticos para la ansiedad, y una diferencia algo menor para depresión y para la comorbilidad entre ambos trastornos (Preskorn, 1993; Kendler et al., 1986; citados en Cía, 2007).

Con respecto al factor neurobiológico, se ha comprobado la interacción entre los mismos sistemas de neurotransmisión y neuromodulación en ambos trastornos. Por esta razón los fármacos que actúan sobre estos sistemas, especialmente sobre el serotoninérgico tienen una acción ansiolítica y antidepresiva. Las coincidencias entre ambos trastornos en los aspectos genéticos y neurobiológicos permiten afirmar que, aún con las características diferenciales que presentan ambos trastornos, existe un solapamiento en sus mecanismos que permiten desarrollar una farmacoterapia similar (Cía, 2007).

Ayuso Gutierrez (1997) realizó un estudio acerca de la comorbilidad entre ambos trastornos, distinguiéndola de la simple presencia de síntomas correspondientes a los trastornos, a lo que llama cosintomatología. En base a esta diferenciación estableció la existencia de distintos patrones de solapamiento de síntomas ansiosos y depresivos: Pacientes con síntomas de ansiedad y de depresión que no cumplen con los criterios diagnósticos para ambos trastornos; pacientes con trastornos de ansiedad o con trastorno depresivo, asociados respectivamente a síntomas depresivos o a síntomas ansiosos y pacientes que cumplen los criterios de ambos diagnósticos: trastorno depresivo y trastorno de ansiedad, lo que constituiría auténtica comorbilidad.

4.4.2 Obesidad y trastornos psicopatológicos

La obesidad constituye un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, presentándose en muchos casos asociada a trastornos de ansiedad, conductas adictivas, y síntomas de trastornos de la alimentación como bulimia y/o anorexia (Buschiazzo & Saez, 1997).

En los Estados Unidos, según la Encuesta Nacional de Comorbilidad, la prevalencia de la depresión severa ha sido estimada en 17%, y la de los trastornos de ansiedad en 29%. En comparación, las tasas de prevalencia de estos trastornos entre la población obesa de ese país, evaluadas en un estudio del año 2008, se incrementan a 32% y 30% respectivamente, lo que representa una diferencia mucho más notable para el trastorno depresivo (Strine et al., 2008; citado en Peterson et al., 2012).

En cuanto al sentido de la relación entre estos trastornos, se ha establecido que la obesidad, con el tiempo, genera la aparición de síntomas de depresión (Roberts et al., 2006; Dong, 2004; citados en Ríos Martínez et al., 2008).

En el ámbito Iberoamericano también se han realizado estudios acerca de la comorbilidad entre obesidad y trastornos psicopatológicos.

Un estudio realizado en México con 296 pacientes obesos de entre 18 y 79 años, se relevó información acerca de su nivel de depresión, ansiedad y calidad de vida. En promedio los pacientes presentaron un nivel leve, tanto de depresión como de ansiedad. Se encontró una asociación significativa entre ambos trastornos, en sentido positivo e intensa ($r=0,705$; $p<0,05$). Esto significa que a mayor nivel de depresión, los pacientes evidencian también mayor nivel de síntomas ansiosos. Adicionalmente, se evaluaron las diferencias por sexo en los puntajes obtenidos para ambos trastornos, encontrándose diferencias significativas en ambos instrumentos a favor de las mujeres ($p<0,05$ para ansiedad y $p<0,01$ para depresión). Esto permite afirmar que las mujeres obesas muestran mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres obesos (Ríos Martínez et al., 2008).

En una muestra de 50 pacientes con sobrepeso y obesidad, usuarios del servicio de Medicina Familiar del Policlínico N° 32 de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba, compuesta por un 52 % de pacientes con obesidad grado 1; 46% con sobrepeso; y un 2% con obesidad grado 2, se encontró que el 52% presentaba depresión leve, y un 40% depresión moderada. El 6% mostraba un nivel grave y solamente el 2% de la muestra no evidenciaba síntomas de depresión (Villarroel Zenteno, 2010).

En un estudio realizado por Calderón, Forns y Varea (2010), los jóvenes con obesidad severa de la muestra mostraron más problemas psicológicos que aquellos jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada. Esto muestra una asociación positiva entre el grado de obesidad y la presencia de trastornos psicológicos. En este estudio, además, se encontró un 12% de pacientes que presentaban síntomas de ansiedad y un 11% depresión. En ambos grupos, las conductas relacionadas con los trastornos de alimentación eran, en parte, explicadas por la mayor presencia de síntomas de ansiedad y de depresión.

Por otra parte, Tapia (2006), al detectar que muchos pacientes en las consultas por sobrepeso y obesidad explicaban su compulsión en la ingesta como una conducta derivada de su ansiedad. Llevó a cabo un estudio en un centro médico de Chile con 65 pacientes tratados por sobrepeso y obesidad. En él se verificó que aproximadamente un 74% de los pacientes

mostraban niveles de ansiedad al menos moderados. Con base en estos resultados, el autor recomienda considerar en el momento del diagnóstico, no sólo los aspectos médicos, sino también el estado psicológico del paciente; especialmente en lo que respecta al nivel de ansiedad.

Como se ha visto en el apartado correspondiente, es ampliamente aceptado que el sobrepeso y la obesidad son estados que predisponen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Desde hace algunos años se sugiere que la depresión también es un factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de enfermedades. Si consideramos los resultados mencionados en el párrafo anterior, esta comorbilidad que representa la clara presencia de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad, podría potenciar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en estos pacientes (Tapia & Masson, 2006).

5 Método

5.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio del trabajo final integrador es descriptivo-correlacional.

5.2 Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, transversal.

5.3 Participantes

El trabajo se realizó sobre una muestra de 40 pacientes obesos de ambos sexos, con edades entre 25 y 63 años ($M=42,12$; $DE=11,68$), que se encuentran realizando un tratamiento de reducción de peso en grupos dentro de la Clínica del Dr. Máximo Ravenna.

5.4 Instrumentos

- Inventario de Depresión de Beck, segunda versión (BDI-II). La adaptación Argentina consta de 21 grupos de afirmaciones que se refieren a síntomas depresivos (Beck, Steer & Brown, 2006, Traducción de Vizzini, S.). Los participantes deben elegir una afirmación de cada grupo, que se puntúa de 0 a 3, correspondiendo el mayor puntaje a la afirmación que refleje sintomatología depresiva más severa. El puntaje total se obtiene mediante la suma de los puntajes obtenidos para cada grupo de afirmaciones. Según los autores, el BDI-II es una modificación del BDI que se adapta mejor a los criterios del DSM-IV. La consistencia interna de la adaptación argentina del BDI-II es de $\alpha = .88$ para pacientes externos y $\alpha = .86$ para población general.
- Inventario de Ansiedad estado-rasgo (STAI). Este inventario elaborado por Spielberger (1970, citado en Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2011) se compone de veinte ítems para cada una de las subescalas (ansiedad estado y ansiedad rasgo). La escala de respuesta es de tipo Likert, puntuando desde 1 (nada) hasta 4 (mucho). Los totales se obtienen sumando los valores de los ítems (tras las inversiones de las puntuaciones en

los ítems negativos). Por ello, los totales de ansiedad rasgo y de ansiedad estado abarcan desde 0 hasta 80, correspondiéndose una mayor puntuación con mayor ansiedad detectada. Se utilizará la adaptación a la Argentina de Casullo, Figueroa y Aszkenazi (1991). Estudios de confiabilidad realizados con esta versión arrojaron un coeficiente de correlación test-retest de 0,73 para la escala rasgo, y algo menores para la escala estado, lo que se explica por la naturaleza transitoria de estos últimos. En cuanto a la validez se analizaron medidas de correlación con otras escalas estado-rasgo tales como IPAT, TMAS y AACL y con el MMPI, de entre las pruebas de personalidad. En todos los casos la prueba demostró propiedades psicométricas que la hacen válida para la medición del constructo.

- Encuesta sociodemográfica. Destinada a relevar el peso y estatura de los pacientes con el propósito de calcular el índice de Masa Corporal (IMC) y los datos demográficos como sexo y edad.

5.5 Procedimiento

Para la recolección de la información se les entregaron los instrumentos a los pacientes y se les pidió que los completaran de manera individual, explicándoles previamente las características del instrumento, y verificando que no queden ítems sin respuesta al ser recolectados. Se pidió previamente el consentimiento a la institución, y se informó a los participantes acerca de la confidencialidad de sus datos y que serían usados sólo con fines estadísticos para este trabajo.

A partir de la información obtenida se construyó una base de datos y con ellos se calcularán los estadísticos descriptivos correspondientes, y las pruebas de significación para el análisis de las diferencias en ansiedad y depresión según el grado de obesidad de los pacientes, utilizando el software estadístico SPSS. Se calcularon medidas de tendencia central (medias), de dispersión (desvíos) y de frecuencias para los objetivos 1 y 2. Se efectuó la prueba U de Mann – Whitney para los objetivo 3, 4 y 5.

6 Desarrollo

A continuación se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados, organizados por objetivo específico.

6.1 Analizar el grado de obesidad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.

Para cumplir con este objetivo se clasificó a los sujetos según el grado de obesidad que indicaba su IMC, recurriendo a las equivalencias mencionadas en la teoría. Según se observa en la Tabla 4, la mitad de los sujetos de la muestra presenta obesidad de grado 2, mientras que el 35% tiene obesidad de grado 1. Solamente dos sujetos muestran una obesidad de grado 3, y 4 de ellos (10%) presentan sobrepeso.

Tabla 4

Distribución según grado de obesidad. Porcentajes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
Validos Sobrepeso	4	10.0	10.0	10.0
Grado 1	14	35.0	35.0	15.0
Grado 2	20	50.0	50.0	95.0
Grado 3	2	5.0	5.0	100.0
Total	40	100.0	100.0	

6.2 Describir el nivel de depresión de un grupo de pacientes obesos en tratamiento de reducción de peso.

Analizando el nivel de depresión de los pacientes a través de los estadísticos descriptivos calculados en base a los puntajes en el BDI que se muestran en la Tabla 5 se observa que el grupo que tiende a tener un mayor nivel de depresión es el de obesidad grado 1, con un nivel moderado de acuerdo con el promedio. El grupo con menor nivel de depresión promedio es el de obesidad de grado 2, lo que en principio estaría en contra de la relación esperada entre nivel de depresión y grado de obesidad según la hipótesis 3. Este grupo presenta un nivel leve, al igual que los pacientes con sobrepeso, mientras que los pacientes con obesidad de grado 3 se mantienen dentro de esta categoría, aunque su valor promedio se encuentra cerca del punto

de corte. Sin embargo, los puntajes en todos los grupos son muy heterogéneos, con CV que superan en todos los casos el 50%. Los valores mínimos y máximos observados confirman esta gran variabilidad, con puntajes que abarcan grandes rangos de valores, especialmente en el grupo con obesidad de grado I que llega a un máximo de 59. Esta gran variabilidad afecta la representatividad de los promedios, por lo cual se incluyen los valores de las medianas para su análisis, sin embargo al tener que hablar de porcentajes en la interpretación no resulta una medida adecuada para el grupo de obesidad de grado III y el de sobrepeso, que cuentan sólo con dos y cuatro casos respectivamente. Comparando los grupos de obesidad de grados I y II, resulta el grupo con mayor depresión el de obesidad grado I con la mitad de sus miembros por encima de los 14 puntos, lo que indica que el 50% de este grupo presenta depresión al menos leve. Se confirma que el de menor depresión es el grupo de obesidad grado II donde la mitad de los sujetos superan los 9 puntos.

Estos resultados se encuentran en la línea de los señalado por Peterson et al. (2012) en base a los datos de Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos, donde la prevalencia de depresión entre la población de pacientes obesos ha sido estimada en un 32% y con estudios en Latinoamérica que hablan de un 52% de pacientes depresivos en una muestra de obesos (Villarroel Zenteno, 2010).

Tabla 5
Nivel de depresión (BDI) según grado de obesidad. Estadísticos descriptivos.

Grupo	Media	CV	Mínimo	Máximo	Mediana
Sobrepeso	16,5	69,3	3	28	18,5
Obesidad grado I	21,57	89,5	3	59	14
Obesidad grado II	14,6	83,6	2	44	9
Obesidad grado III	19,5	83,4	8	31	19,5

6.3 Analizar el grado de ansiedad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.

Analizando el promedio de los puntajes obtenidos por los sujetos de la muestra en el STAI para la ansiedad-estado (Tabla 6), se observa que el mismo se encuentra entre los valores medios para pacientes con trastornos de ansiedad (Kvaal, Ulstein, Nordhus & Engedal, 2005). Esto indicaría un alto nivel de ansiedad-estado entre los pacientes que están siguiendo el tratamiento de reducción de peso. En cuanto a los puntajes en ansiedad-rasgo el promedio es superior al mencionado anteriormente.

En ambas dimensiones los puntajes de los sujetos son muy variados, como muestran los valores mínimos y máximos observados. Calculando los coeficientes de variación se observan valores por encima del 20 % (CV ansiedad-estado= 31,1%, CV ansiedad-rasgo= 26,8%) indicando una alta heterogeneidad.

Utilizando los baremos incluidos en el manual del instrumento se tradujeron los puntajes de cada uno de los sujetos a valores percentilares. Los resultados de los estadísticos descriptivos para esta transformación se observan en la Tabla 7.

Calculando un promedio de los mismos se observa que los sujetos tienden a ubicarse por encima de aproximadamente el 77% de la población en cuanto a ansiedad-estado, y por encima del 85% de la población por sus puntajes en la dimensión ansiedad-rasgo. Pero, también aquí las posiciones son muy variadas, con sujetos que apenas superan a algo más del 20% de la población y otros varios que se ubican por encima del 100%.

La tendencia observada en los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo entre los sujetos de la muestra confirma los antecedentes de investigaciones ya citadas (Ríos Martínez et al., 2008; Tapia, 2006) con respecto a la presencia de síntomas de ansiedad en pacientes con obesidad, aunque los niveles observados en este trabajo parecen ser más altos que los reportados en aquellas.

Tabla 6
Estadísticos descriptivos para Ansiedad según STAI. Puntajes brutos.

		STAI - Estado – PB	STAI - Rasgo – PB
N	Validos	40	40
	Perdidos	0	0
Media		48.80	52.00
Desvío Típico		15.207	13.954
Mínimo		24	26
Máximo		76	78

Tabla 7
Estadísticos descriptivos para Ansiedad según STAI. Percentiles.

		STAI - Estado - P	STAI - Rasgo – P
N	Validos	40	40
	Perdidos	0	0
Media		77.15	85.13
Desvío Típico		25.440	21.863
Mínimo		22	21
Máximo		100	100

6.4 Determinar si existen diferencias en el nivel de depresión según el grado de obesidad de los pacientes.

Para verificar si existen diferencias en el nivel de depresión de los sujetos de la muestra según su grado de obesidad, se eliminaron los grupos minoritarios con el fin de poder efectuar los cálculos estadísticos con grupos balanceados. De este modo, no se incluyeron entonces los 2 hombres con obesidad de grado 3, ni las 4 mujeres con sobrepeso, aplicando la prueba U de Mann – Whitney a los grupos obesidad de grado 1 y grado 2. El resultado que se muestra en la Tabla 8 sugiere que no existen diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión para los grupos considerados.

Al analizar los estadísticos descriptivos incluidos en la Tabla 4 se observa que, de hecho, son mayores las diferencias en los puntajes del BDI dentro de cada grupo, que las que

existen si se comparan los valores promedios de uno y otro grupo. En ambos grupos los coeficientes de variación superan ampliamente el 20% (CV obesidad grado 1= 89,5%; CV obesidad grado 2= 83,6%).

Este resultado implica que la variación intra grupal (es decir la variación no explicada por las diferencias en el grado de obesidad) es mayor que la variación intergrupal, que en principio se explicaría justamente por las diferencias en el grado de obesidad de los sujetos. En consecuencia no se corrobora la hipótesis de que los sujetos con mayor grado de obesidad presentan niveles de depresión más elevados.

Tabla 8
Nivel de depresión, diferencias según grado de obesidad. Valores para la prueba U de Mann – Whitney.

Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	Z
Obesidad grado I	19,68	275,5	
Obesidad grado II	15,98	319,5	-1,07 ^{ns}

ns= no significativo.

6.5 Determinar si existen diferencias en el nivel de ansiedad según el grado de obesidad de los pacientes.

Para responder a este objetivo también se realizó la prueba U de Mann – Whitney comparando los puntajes brutos obtenidos por los sujetos que presentaron grado 1 y grado 2 de obesidad. Los resultados que se muestran en la Tabla 9 indican que no se registran diferencias significativas en el nivel de ansiedad de los sujetos según el grado de obesidad que presentan.

También aquí las variaciones en los puntajes dentro de cada grupo son más importantes que las diferencias que se registran entre los promedios de uno y otro grupo, aunque no llegan al grado de heterogeneidad que muestran los puntajes en el BDI (CV ansiedad-estado/obesidad grado 1= 38,7%; CV ansiedad-estado/obesidad grado 2= 26,65%). Esto se observa en la Tabla 10.

Ante lo expuesto, no se puede corroborar la hipótesis de que los sujetos con mayor grado de obesidad presentan niveles de ansiedad más elevados como se manifiesta en un estudio realizado por Calderón, Forns y Varea (2010).

Tabla 9

Nivel de ansiedad, diferencias según grado de obesidad. Valores para la prueba U de Mann – Whitney.

Ansiedad-estado

Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	Z
Obesidad grado I	17,04	238,5	
Obesidad grado II	18,83	356,5	-0,228 ^{ns}

Ansiedad-rasgo

Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	Z
Obesidad grado I	18,93	265	
Obesidad grado II	16,5	330	-0,70 ^{ns}

ns= no significativo

Tabla 10

Nivel de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (STAI) según grado de obesidad. Estadísticos descriptivos.

Dimensiones	Grupo	Media	CV	Mínimo	Máximo
Ansiedad-estado	Obesidad grado I	47,93	38,7	24	76
	Obesidad grado II	50,55	26,65	32	68
Ansiedad-rasgo	Obesidad grado I	54,79	27,9	29	76
	Obesidad grado II	51,45	26,1	26	78

6.6 Determinar si existen diferencias en el grado de obesidad según género.

La distribución de frecuencias de las distintas categorías del grado de obesidad entre los grupos de género se muestra en la Tabla 11. Desde el punto de vista descriptivo y analizando los totales puede decirse que la muestra considerada está formada mayoritariamente por pacientes con grados intermedios de obesidad, con un pequeño grupo de personas con sobrepeso y sólo dos sujetos con obesidad de grado 3.

En cuanto a la distribución por género, entre las mujeres la mayoría se encuentra en la categoría de grado 1 de obesidad, mientras que en los hombres predomina la obesidad de grado 2. No se registran en la muestra casos de mujeres con obesidad superior a grado 2, y entre los hombres hay dos casos que corresponden a obesidad de grado 3, sin casos categorizados como sobrepeso. Esta distribución sugiere un mayor IMC entre los hombres, lo que en principio contrariaría la hipótesis de trabajo que supone un mayor grado de obesidad entre las mujeres.

Tabla 11
Distribución según sexo y grado de obesidad. Frecuencias absolutas.

Tabla de contingencia Sexo * Grupos IMC

Recuento		Grupos IMC				Total
		Sobrepeso	Grado 1	Grado 2	Grado 3	
Sexo	Femenino	4	12	4	0	20
	Masculino	0	2	16	2	20
Total		4	14	20	2	40

Con el objetivo de analizar las diferencias en el IMC de los sujetos de la muestra según su género, se calculó nuevamente la prueba U de Mann – Whitney. Los resultados exhibidos en la Tabla 12 indican que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la variable analizada. Los hombres tienden a presentar un mayor IMC que las mujeres. Considerando el tamaño reducido de la muestra, la significatividad de la diferencia encontrada no permite suponer que exista en la población de pacientes con sobrepeso-obesidad una

tendencia a mayor IMC en los hombres, especialmente cuando los valores de la prueba pueden haberse visto afectados por los dos casos de obesidad de grado 3 que correspondían a hombres.

Tabla 12
IMC, diferencias según género. Valores para la prueba U de Mann – Whitney.

Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	Z
Mujeres	11,9	238	
Hombres	29,1	582	-4,67*

*p<0,01

7 Conclusiones

El objetivo general de la presente investigación correspondía al análisis de la comorbilidad entre obesidad, depresión y ansiedad en pacientes en tratamiento de reducción de peso.

Como primera instancia, para cumplir con el primer objetivo se analizó el grado de obesidad de un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso encontrándose que la mayoría de ellos presentaban obesidad de grado 1 y 2. Ambas categorías cubren más del 80% de la muestra, mientras que el 10% presenta sobrepeso y sólo el 5% una obesidad de grado 3. Este último grupo es, según la teoría, el que presenta mayor grado de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y otras tales como diabetes tipo II (Rodríguez Scull, 2004). Los resultados permiten suponer que la mayoría de los pacientes que forman el grupo de reducción de peso han iniciado el tratamiento en niveles de obesidad que no representan una amenaza grave para la salud, a pesar de las complicaciones asociadas. De acuerdo con la American Heart Association, la obesidad de grado 3 o superior representa riesgos alto y muy alto de contraer enfermedades cardiovasculares (Moreno González, 1997).

Con respecto al segundo objetivo, el análisis del nivel de ansiedad de los pacientes permite afirmar que los mismos tienden a mostrar niveles elevados, tanto en la ansiedad-estado como en la ansiedad-rasgo. Esto resulta coincidente con los antecedentes de investigaciones reseñados en el marco teórico (Strine et al., 2008; citado en Peterson et al., 2012, Ríos Martínez, et al., 2008) y resultan una evidencia favorable a la hipótesis de trabajo acerca de la comorbilidad entre ansiedad y obesidad (Hipótesis 2).

Una característica destacable de los pacientes analizados en cuanto al nivel de ansiedad observado es su elevada heterogeneidad. Los puntajes brutos en ambas dimensiones van desde niveles bajos (24 puntos para ansiedad-estado y 25 para ansiedad-rasgo) hasta niveles muy cercanos al máximo que permite medir el instrumento (76 y 78 respectivamente sobre un puntaje total de 80). Los niveles elevados de los promedios se explican justamente por la presencia de varios pacientes con altos puntajes en el STAI.

En cuanto al nivel de depresión de los pacientes de la muestra se observa una tendencia que indica en promedio un nivel leve. Analizando los grupos mayoritarios (obesidad grado I y grado II) se encuentra que en el primer grupo hay un 50% de pacientes con depresión al menos leve. En el segundo de los grupos el nivel es menor, pero también en él se corrobora la hipótesis 1 de este trabajo que preveía la comorbilidad entre depresión y obesidad. ■

En cuanto al objetivo que plantea la existencia de diferencias significativas en el nivel de depresión de los pacientes según su grado de obesidad, los resultados no permiten corroborar la siguiente hipótesis: A mayor grado de obesidad, los pacientes presentan mayores niveles de depresión. Las diferencias entre los grupos analizados no son estadísticamente significativas, sino que la variabilidad observada dentro de cada uno de los grupos es más importante. La gran heterogeneidad dentro de los grupos en cuanto a su nivel de depresión puede haber influido en los resultados del análisis estadístico, por lo cual se considera que el abandono de la hipótesis requiere de futuras verificaciones con muestras de mayor tamaño y menor variabilidad en cuanto al nivel de depresión.

Además, en el estudio de Calderón, Forns y Varea (2010) que se tomó como antecedente de la hipótesis, se compararon dos grupos: jóvenes con obesidad severa y jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada. En este sentido, al haber sólo dos casos de obesidad severa en la muestra analizada en el presente trabajo, no pueden compararse los resultados. Esto puede resultar una limitación, en tanto considerar solamente sujetos con grado de obesidad leve o moderada para el análisis de la relación entre el IMC y el nivel de depresión, implica una reducción del rango de variación de una de las variables (IMC) que puede afectar el resultado del análisis. La inclusión de grupos con sobrepeso y obesidad de grado 3 o superior podría llevar los resultados a valores más acordes con la hipótesis de trabajo.

Tampoco se ha hallado evidencia que corrobore la hipótesis de que el nivel de ansiedad de los pacientes presenta diferencias según su grado de obesidad. En ninguna de las dos dimensiones que evalúa el STAI se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, siendo incluso la diferencia en la ansiedad-estado de ambos grupos prácticamente insignificante. Nuevamente puede suponerse que la gran heterogeneidad de los grupos (con CV que superan el 80%) ha tenido alguna influencia sobre los resultados del análisis. Futuras investigaciones con muestras más grandes y menor heterogeneidad en cuanto al nivel de ansiedad deberán continuar poniendo a prueba la hipotética relación entre el nivel de ansiedad de los pacientes y el grado de obesidad que presentan al momento de iniciar un tratamiento de reducción de peso. Habiendo tomado la investigación de Calderón et al. (2010) también como antecedente para esta hipótesis, pueden repetirse aquí las consideraciones con respecto a la limitación que representa la menor variación relativa en el IMC de los sujetos del presente trabajo con respecto a los de aquella investigación. Al presentar los sujetos de la muestra analizada grados de obesidad cercanos podría atenuarse la relación observada entre las variables.

Finalmente, los resultados del análisis de las diferencias en el IMC de los pacientes según el género arrojan diferencias estadísticamente significativas, aunque las mismas se dan en el sentido contrario al señalado por los estudios considerados como antecedentes de este trabajo, y por la hipótesis 5 que preveía mayores porcentajes de obesidad entre las mujeres. En el relevamiento de estudios basados en distintos países latinoamericanos que se cita (Braguinsky, 2002) los resultados señalan un mayor porcentaje de obesidad entre las mujeres, mientras que en el presente trabajo se observa un mayor IMC en los hombres. Por otra parte, en el relevamiento de Elgart et al. (2006) se observó que los hombres presentaban en mayor medida obesidad de grado 1. Considerando las características de la muestra puede suponerse que los resultados obtenidos se deben a la existencia de algunos casos de hombres que presentan un elevado IMC (obesidad grado III), mientras que ninguna de las mujeres de la muestra llega a ese nivel. Esto sugeriría que el sentido de las diferencias estaría afectado por el procedimiento de muestreo.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, es posible que los resultados obtenidos se vean afectados por el reducido tamaño de la muestra. Esta característica, sumada a la concentración de los casos en dos categorías intermedias del grado de obesidad podría estar afectando la observación de diferencias significativas en los niveles de los trastornos analizados. La eliminación de algunos casos atípicos, además, redujo aún más la cantidad de sujetos considerados en las comparaciones. Teniendo en cuenta también que los grupos comparados son en sí mismos muy heterogéneos respecto de las variables analizadas, las pruebas estadísticas de comparación se ven afectadas.

Otra limitación en el caso del STAI es la ausencia de puntos de corte establecidos para determinar distintos niveles de ansiedad. El análisis a través de los percentiles según el baremo del instrumento arrojó una gran concentración de los sujetos en percentiles superiores, lo que, si bien permite afirmar la existencia de un elevado nivel de ansiedad en los pacientes, dificulta la comparación entre los grupos.

Puede considerarse también la existencia de una tendencia a la deseabilidad social y sus efectos sobre las puntuaciones de las respuestas obtenidas en los inventarios administrados, ya que en algunos casos constatados no coinciden los resultados obtenidos en los inventarios BDI y STAI con las observaciones externas (Marlowe, 1960, citado en Cosentino & Castro Solano, 2008). Esto sucede, por ejemplo, con un caso durante las reuniones de grupo en las que se realizó la observación una participante mostró un notable grado de angustia, con crisis

de llanto y cuyos resultados en los instrumentos autoadministrables no muestran niveles elevados de ansiedad ni de depresión.

Otra hipótesis explicativa de dichos hallazgos podría estar relacionada con las dificultades de los pacientes con obesidad para conectarse de forma adecuada con sus emociones. Esto, que es una característica señalada por Ravenna (2006), podría provocar una tendencia a la minimización de los problemas y sufrimientos, o sencillamente la propensión a no manifestarlos en un contexto de evaluación, especialmente cuando se utilizan instrumentos de auto reporte. En este sentido, un problema de los instrumentos de evaluación utilizados es la ausencia de escalas de validez, especialmente si se considera que su forma de administración es específicamente de auto reporte.

La investigación hasta aquí presentada se considera una aproximación a la problemática analizada, que plantea algunos interrogantes con respecto a la comorbilidad entre obesidad y trastornos psicológicos. A pesar de las limitaciones del estudio ya señaladas, se ha podido corroborar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad, en consonancia con investigaciones anteriores. Por otra parte, no se ha verificado la existencia de relaciones significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes y el grado de obesidad que presentan.

Futuras investigaciones podrían utilizar muestras más numerosas y representativas de la población con sobrepeso y/o obesidad; especialmente en cuanto a la cantidad de pacientes que presentan los diferentes grados de obesidad. De esta manera se podrían obtener resultados más representativos, que permitan un análisis más preciso.

Por otra parte, sería conveniente también incluir escalas de validez en los instrumentos a utilizar, para detectar los efectos negativos de la deseabilidad social sobre la medición.

8 Referencias bibliográficas

- Alvarado Sánchez, A. M., Guzmán Benavides, E. & González Ramírez, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(2), 417-428.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4º Ed., texto revisado)*. Washington, D.C.: APA.
- Ayuso Gutierrez, J. L. (1997). Comorbilidad depresión-ansiedad. Aspectos clínicos. *Psiquiatría.com*, 1(1). [Revista electrónica]. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/vol1num1/art2.htm>
- Baile J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *An. Sist. Sanit. Navar.* 34(2), 253-261.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2006). *BDI- II. Inventario de Depresión de Beck*. (Traduc. Vizzini, S.). Buenos Aires: Paidós.
- Boullosa, O. (2002). Desórdenes afectivos. En A. M. López Mato et al, *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Braguinsky, J. (2002). Prevalencia de obesidad en América Latina. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 25(1), 109-115.
- Buschiazzo, D. S., & Saez, C. F. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 26(1), 38-41.
- Calderón, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-. *Psicología Contemporánea*, 6, 14-21.
- Casillas-Estrella, M., Montaña-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí Gascón, M.

- Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista biomédica*, 17, 243-249.
- Casullo, M. (1991). Confiabilidad y Validez. En M. Casullo, N., Figueroa & M., Aszkenazi *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. (pp. 35-42). Buenos Aires: Psicoteca.
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Córdova Villalobos, J. A., Barriguete Meléndez, J. A., Rivera Montiel, M. E., Lee, G. M. & Mancha Moctezuma, C. (2010). Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 8(4), 202-207.
- Cosentino, A. C. & Castro Solano, A. (2008). Adaptación argentina de la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Interdisciplinaria*, 25(2), 197-216.
- Cuadra-Martínez, D., Georgudis-Mendoza, C. N. & Alfaro-Rivera, R. A. (2012). Representación social de deporte y educación física en estudiantes con obesidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(2), pp. 983-1001.
- Elgart, J., Pfrirter, G., González, L., Caporale, J., Cormillot, A., Chiappe, M.L., & Gagliardino, J. (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad e impacto económico. *Revista argentina de Salud Pública*, 1(5), 7-12.
- Figueroa, N. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. & Aszkenazi, M. En M. Casullo, N., Figueroa & M., Aszkenazi *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. (pp. 121-137). Buenos Aires: Psicoteca.
- Gardner, D.S., & Rhodes J. (2009) Developmental origins of obesity: programming of food intake or physical activity? *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 646, 83-93.
- Gempeler, J. (2002). *Obesidad: un enfoque integral*. Bogotá, Colombia: Centro editorial Universidad del Rosario. Disponible en http://books.google.com.ar/books?id=JTKpVofzVEsC&pg=PA112&lpg=PA112&dq=consecuencias+psicosociales+obesidad&source=bl&ots=Dn3bxtCpRB&sig=hVdAHip2lbELhCcSnkXYYJ1evE&hl=es&sa=X&ei=ZYQ3UrWuCM_EiwLOj4HABg&ved=0CD0Q6AEwAg#v=onepage&q=consecuencias%20&f=false
- González Cifuentes, C., Ángel de Greiff, E., & Avendaño Prieto, B. (2012). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza.

Psychologia: Avances De La Disciplina, 5(1), 59-72. Consultado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/107/105>

Guillén-Riquelme, A. & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.

Korbman de Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales médicos*, 55(3), 142-146.

Kvaal, K.; Ulstein, I.; Nordhus, I. H. & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 629–634. Disponible en [Www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/gps.1330

Moreno González, M. I. (1997). Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26(1), 9-13.

OMS (2012a). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

OMS (2012b). *La Depresión*. Nota descriptiva N°369. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>

Peterson, R. E., Warren, C. S., Latendresse, S. J., Bartholome, L. T. & Raymond, N. C. (2012). Binge Eating Disorder Mediates Links between Symptoms of Depression, Anxiety, and Caloric Intake in Overweight and Obese Women. *Journal of Obesity* 2012 doi:10.1155/2012/407103. Disponible en www.hindawi.com/journals/jobes/2012/407103/

Puche, R.C. (2005). El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Medicina*, 65 (4), 361-365.

Ravenna, M. (2006). *Una delgada línea, entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.

Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara

Redon, J. & Lurbe, E. (2007). Hipertensión arterial y obesidad. *Medicina Clínica*, 129(17), 655-657.

Reyes Castro, R. & Pulido Rull, M. A. (2011). Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e*

Investigación en Psicología, 16(2), 339-355.

Ríos Martínez, B. P., Rangel Rodríguez, G. A., Álvarez Cordero, R., Castillo González, F. A., Ramírez Wiella, G., Yáñez Macías-Valadez, B., Pantoja Millán, J. P., Arrieta Maturino, E. M. & Ruiz Ochoa, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.

Romero Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané Balladriga, M. C., Viñas, F & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.

Rodríguez Scull, L.E. (2004). La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. *Rev. Cubana Endocrinol.* 15(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156129532004000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Ruiz Pinal, V. & Ruiz Mata, J.A.I. (2006). Dimensiones psicosociales de la obesidad. *Salud Urbana*, 3, 35-37.

Sarudiansky, M. (2010). La ansiedad como constructo complejo. Discursos teóricos y perspectivas idiosincráticas en Buenos Aires (Argentina). *Investigaciones en Psicología*, 15 (2), 117-134.

Silvestre, V., Ruano, M. García-Lescún, M. C. G., Aguirregoicoa, E., Criado, L. Rodríguez, A. Marco, A. & García-Blanch, G. (2007). Obesidad mórbida, enfermedad de hígado graso no alcohólico, síndrome metabólico y cirugía bariátrica. *Nutrición hospitalaria*, 22(5). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112007000700013&script=sci_arttext

Soca, P.E.M. & Peña, A.M. (2009). Consecuencias de la obesidad. *ACIMED*, 20(4), 84-92.

Speakman, J. (2006). Thrifty genes for obesity and the metabolic syndrome. Time to call off the search? *Diabetes and Vascular Disease Research*, 3(1), 7-11. DOI: 10.3132/dvdr.2006.010

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (2011). *Cuestionario de Ansiedad estado-rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones. (Trabajo original publicado en 1970).

Tapia S. A., & Masson S, L. (2006). Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33(2), 162-169.

- Tapia, S.A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33(2), 352-357.
- Vázquez, G.H. & Cetkovich-Bakmas, M. (2002). Trastornos de ansiedad. En A. M. López Mato et al, *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Polemos.
- Zenteno, C. R. V. (2007). Repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar de pacientes con sobrepeso y obesidad caja nacional de salud Cochabamba 2007. *Revista médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar*, 2(1), 27-33.