



**UAI** Universidad  
Abierta  
Interamericana

**Facultad de Psicología y Relaciones Humanas**

**TESIS DE GRADO**

**Niveles de Ansiedad y Depresión en Sujetos con Obesidad y Normopeso**

Presentada por

**GUADALUPE INES BOSQUE**

**Tutor: Lic. Alejandra Pietro**

**Título a Obtener con la Presentación de la Tesis:** Licenciatura de Psicología

**Nro. de legajo:** A0900013594-P1

**Sede:** Lomas de Zamora, TN

**Fecha de entrega:** 8 de Junio de 2021

## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero agradecerle a mi familia por ser mi gran red de contención y fuente de inspiración. Gracias a ellos por cada palabra de aliento y mis disculpas por haberme ausentado a muchísimos encuentros. Gracias por entenderme y acompañarme en todo el recorrido de mi carrera.

En segundo lugar quiero agradecer al gran amor de mi vida Pablo Obregon. Gracias por acompañarme, sostenerme, potenciarme y motivarme. Gracias por tolerar mis llegadas tardes y mis interminables juntadas a estudiar, gracias por siempre esperarme con una sonrisa y comida en la mesa para compartir un rato juntos sin cuestionarme nunca nada. Te amo con todo mi corazón.

En tercer lugar quiero agradecer a los excelentes profesionales que tuve como docentes, de los que aprendí y que me hicieron amar esta profesión aún más. Gracias especialmente a Alejandra Prieto, por acceder a ser mi tutora cuando muchos se negaban a hacerlo. Quiero agradecerte por acompañarme y apuntalarme en el proceso y por ser para mí el ejemplo del profesional que deseo ser.

Gracias a Luciano Lago Nodar y a Lautaro Calio, por ser parte de nuestro grupo, por ser tan buenos amigos y sobre todo por ser mis hermosos y caballerosos futuros colegas.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a mis grandes amigas. Gracias a Mariana Losciale, Alejandra Da Silva, Analia Abogluian y Julieta Prat. A ustedes les debo gran parte de mi recorrido por esta carrera. Sin ustedes nada sería lo mismo. Gracias por compartir conmigo miles de mañanas, tardes y noches de estudio, resúmenes, apuntes, exposiciones y trabajos prácticos, pero también quiero agradecerles haberme hecho parte de sus vidas, haberme dado la posibilidad de conocerlas y quererlas para siempre. Gracias especialmente a Agustina Ojeda también, por alegrar cada reunión que teníamos desde que nació hasta el día que rendimos la última materia. Ella fue parte del grupo siempre, entre mamaderas, galletitas, juguetes y apuntes. Gracias por permitirme verte crecer conforme avanzábamos en cada paso de nuestro recorrido.

Gracias, gracias y más gracias a todos por cada granito de arena. Los amo profundamente.

# Niveles de Ansiedad y Depresión en Sujetos con Obesidad y Normopeso

Guadalupe Inés Bosque

## Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo indagar la relación entre los niveles de Depresión y Ansiedad Estado - Rasgo en sujetos con obesidad de Argentina, provincia de Buenos Aires, partido de Esteban Echeverría, en el año 2021. Para llevarla a cabo se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) desarrollada por Spielberger et al., (1997) adaptada al español por Bermudez (1977), el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) desarrollada por Beck et al., (1979) adaptada al español por Pearson Educación, S.A. (2011) y un cuestionario Sociodemográfico. La muestra estuvo conformada por un total de 238 participantes de entre 18 y 77 años de edad (Media= 46), de los cuales 154 (64.7%) fueron del género Femenino y 84 (35.3%) del género Masculino. La mitad de la muestra estuvo conformada por sujetos con obesidad, lo que comprende un n= 119 (50%), es decir que su Índice de Masa Corporal (IMC) fue de 30 o más y la otra mitad por sujetos normopeso, lo que comprende un n= 119 (50%) y en este caso su Índice de Masa Corporal fue menor a 30. Según los resultados obtenidos, se halló una relación indirectamente proporcional entre Depresión y Ansiedad Estado, (cuando un valor sube, el otro baja y viceversa) y una relación directamente proporcional entre Depresión y Ansiedad Rasgo (cuando un valor sube el otro también y viceversa). Estas relaciones no tuvieron diferencia relevante cuando se las comparó en los dos grupos (sujetos con obesidad y normopeso). A su vez, si se registró diferencia significativa en estos mismos grupos cuando se los comparó en relación a Depresión, destacándose más alto nivel en sujetos con obesidad que en sujetos normopeso. Por otro lado no hubo diferencia significativa en los grupos en relación al Sexo.

**Palabras Clave:** Depresión - Ansiedad Estado/Rasgo - Obesidad - Normopeso

# **Levels of Anxiety and Depression in Subjects with Obesity and Normal Weight**

Guadalupe Inés Bosque

## **Abstract**

The objective of this research was to investigate the relationship between the levels of Depression and State-Trait Anxiety in subjects with obesity from Argentina, Buenos Aires province, in the year 2021. To carry it out, it was used the State / Trait Anxiety Questionnaire ( STAI) developed by Spielberger et al., (1997) adapted to Spanish by Bermudez (1977), the Beck Depression Inventory II (BDI-II) developed by Beck et al., (1979) adapted to Spanish by Pearson Education, SA (2011) and a Sociodemographic questionnaire. The sample consisted of a total of 238 participants between 18 and 77 years of age (Mean = 46), of which 154 (64.7%) were female and 84 (35.3%) were male. Half of the sample was made up of subjects with obesity, which includes n = 119 (50%), that is, their Body Mass Index (BMI) was 30 or more and the other half were normal weight subjects, which comprises n = 119 (50%) and in this case his Body Mass Index was less than 30. According to the results obtained, an indirectly proportional relationship was found between Depression and State Anxiety, (when one value rises, the other falls and vice versa) and a directly proportional relationship between Depression and Trait Anxiety (when one value rises the other also and vice versa). These relationships had no relevant difference when they were compared in the two groups (subjects with obesity and normal weight). At the same time, there was a significant difference in these same groups when they were compared in relation to Depression, highlighting a higher level in obese subjects than in normal weight subjects. On the other hand, there was no significant difference in the groups in relation to Sex.

**Key Words:** Depression - State / Trait Anxiety - Obesity - Normal Weight

## ÍNDICE

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract	3
Key Words: Depression - State / Trait Anxiety - Obesity - Normal Weight	3
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>9</b>
1.INTRODUCCIÓN	10
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>14</b>
2.ESTADO DEL ARTE	15
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>18</b>
3.MARCO TEÓRICO	19
3.1. Obesidad	19
3.2. Ansiedad	20
3.2.1. Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.	22
3.3. Depresión	23
3.3.1. Identificación de los Signos y Síntomas de la Depresión	27
3.4. Instrumentos	30
3.5. Cuestionario De Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (C.D. Spielberger, R.L Gorsuch y R.E. Leshene, 1997)	30
3.5.1. Ficha Técnica	30
3.5.2. Características Generales	31
3.5.3. Descripción	32
3.5.4. Objetivos de la Medición	32
3.5.5. Características Psicométricas	33
3.5.6. Comentarios sobre Fiabilidad	33
3.5.7. Comentarios sobre Validez	33
3.5.8. Administración	34
3.5.9. Corrección	34
3.6. Inventario De Depresión De Beck II (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).	36
3.6.1. Ficha Técnica	36
3.6.2. Características Generales	36
3.6.3. Descripción de la Variable	37
	4

3.6.4. Objetivo de la Medición	37
3.6.5. Características Psicométricas	38
3.6.6. Comentarios sobre la Validez de Constructo	38
3.6.7. Comentarios sobre Validez Predictiva	39
3.6.8. Comentarios Generales Sobre Validez	39
3.6.9. Comentarios Generales sobre fiabilidad	41
3.6.10. Administración	41
3.6.11. Corrección	42
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>43</b>
<b>4.METODOLOGÍA</b>	<b>44</b>
4.1. Objetivos.	44
4.2. General	44
4.3. Objetivos Específicos	44
4.4. Hipótesis	44
4.5. Justificación y Relevancia	45
4.5.1. Práctica	45
4.5.2. Teórica	46
4.5.3. Social	46
4.6. Tipo de Estudio y Diseño	46
4.6.1. Estudio Descriptivo	46
4.6.2. Estudio de Desarrollo	47
4.6.3. Estudio Comparativo	47
4.6.4. Estudio Correlacional	47
4.7. Muestra y Muestreo	48
4.7.1. Criterios de selección	48
4.7.2. Criterios de exclusión	48
4.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
4.8.1. Instrumentos	49
4.8.2. Cuestionario de Variables Sociodemográficas	51
4.9. Procedimientos	51
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>52</b>
<b>5.RESULTADOS</b>	<b>53</b>
5.1.Descripción de la muestra según datos sociodemográficos.	53
5.1.1.Según Sexo	53

Gráfico 1. Sexo	53
5.1.2. Según Edad	53
Tabla 1. Medidas de tendencia central y Dispersión en Edad.	53
5.1.3. Índice de masa corporal	54
Gráfico 2. Índice de masa corporal	54
5.1.4. Según trabajo	54
Gráfico 3. Trabajo	54
5.1.5. Según actividad física	55
Gráfico 4. Actividad Física	55
5.1.6. Según Diagnóstico Psiquiátrico	55
Gráfico 5. Diagnóstico psiquiátrico	55
Gráfico 5 bis. Trastorno Psiquiátrico.	56
5.2.Descripción de la muestra según sus variables.	56
5.2.1.Depresión	56
Tabla 2. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Depresión.	56
Tabla 3. Prueba de normalidad de Depresión.	57
5.2.2. Ansiedad Estado	57
Tabla 4. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Ansiedad Estado.	57
Tabla 5. Prueba de normalidad en Ansiedad Estado.	58
5.2.3. Ansiedad Rasgo	58
Tabla 6. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Ansiedad Rasgo.	58
Tabla 7. Prueba de normalidad en Ansiedad Rasgo.	59
5.3.Comparación de las variables según sujetos obesos o normopeso.	59
5.3.1.Depresión en sujetos con y sin obesidad.	59
Tabla 8. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Depresión y Obesos-Normopeso.	59
Tabla 9.Rango promedio para Obesos-Normopeso.	60
5.3.2.Ansiedad Estado en sujetos con y sin obesidad.	60
Tabla 10. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Estado y Obesos-Normopeso.	60
Tabla 11.Rango promedio para Obesos-Normopeso.	61
5.3.3.Ansiedad Rasgo en sujetos con y sin obesidad.	61

Tabla 12. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Rasgo y Obesos-Normopeso.	61
Tabla 13.Rango promedio para Obesos-Normopeso.	61
5.3.4.Depresión según Sexo.	62
Tabla 14. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Depresión y Sexo.	62
Tabla 15.Rango promedio para Sexo.	62
5.3.4.Ansiedad Estado según Sexo.	63
Tabla 16. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Estado y Sexo.	63
Tabla 17.Rango promedio para Sexo.	63
5.3.5.Ansiedad Rasgo según Sexo.	63
Tabla 18. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Rasgo y Sexo.	63
Tabla 19.Rango promedio para Sexo.	64
5.4.Correlaciones entre variables	64
5.4.1.Depresión y Ansiedad Estado	64
Tabla 20. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado.	64
5.4.2.Depresión y Ansiedad Rasgo	65
Tabla 21.Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo.	65
5.5.Correlación entre variables segmentada por grupos (obesos y normopeso).	66
5.5.1.Depresión y Ansiedad Estado en sujetos con obesidad.	66
Tabla 22.Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado y Obesidad.	66
5.5.2.Depresión y Ansiedad Rasgo en sujetos con obesidad.	66
Tabla 23.Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo y Obesidad.	66
5.5.3.Depresión y Ansiedad Estado en sujetos normopeso.	67
Tabla 24.Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado y Normopeso.	67
5.5.4.Depresión y Ansiedad Rasgo en sujetos normopeso.	68
Tabla 25.Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo y Normopeso.	68
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>69</b>
6. DISCUSIÓN	<b>70</b>

<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>72</b>
7. CONCLUSIÓN	73
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO</b>	<b>80</b>
Consentimiento informado	81
Datos Sociodemográficos	82
STAI A-E	83
STAI A-R	84
BDI - II	85

# CAPÍTULO I

## 1.INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica donde el síntoma principal es la acumulación exagerada de grasa o hipertrofia del tejido adiposo en el cuerpo, lo cual compromete a la salud del individuo. (Álvarez, et al., 2000).

Según Silvestri (2005) las causas de la obesidad pueden ser diversas y evitables o prevenibles.

La Organización Mundial de la Salud (2014), indica que la prevalencia mundial de la obesidad se multiplica por más de dos entre 1980 y 2014. En este último año que se señala, más de 600 millones de personas de 18 o más son reportados como obesos, lo que significa un 13 % de la población mundial, de los cuales el 11% son hombres y 15% mujeres.

Otros autores, entienden que, aunque la alimentación es una necesidad básica, relacionada con aspectos biológicos, también está vinculada a aspectos psicológicos y socioculturales. (Pinaquy, 2011).

La alimentación depende de circuitos neuronales primarios para su modulación a la vez que, el aparato psíquico ejerce mecanismos de control y regulación de la ingesta a través de circuitos emocionales. Además, el acto de comer no solo implica relacionarse con los alimentos, sino también la puesta en práctica de rituales y relaciones con los otros y con la cultura propia. Y aunque la obesidad no está considerada por el Manual DSM V como una patología psiquiátrica, si se ha reconocido el vínculo entre procesos emocionales e ingesta alimentaria. (Cordella, 2008).

Según Castillo et al., (2010), la obesidad se asocia a una multiplicidad de síntomas comúnmente presentes, como bajo concepto de sí mismo, ansiedad y depresión. Estas variables explican en gran parte las conductas relacionadas con los trastornos de alimentación, así como también la insatisfacción corporal, potenciando de esta forma la persistencia de la obesidad, según indica Calderón, et al., (2010).

A su vez, según Bobadilla et al., (2014) la ansiedad puede ser consecuencia de la obesidad, acompañando a su imagen corporal distorsionada y muy relacionada con desórdenes alimenticios.

Según Sierra (2003) la ansiedad es parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología, abordándose desde distintas perspectivas. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico. No obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

La característica elemental de la ansiedad es su carácter anticipatorio, esto quiere decir, que posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el individuo, confiriéndole un valor funcional importante, tal como lo señala Sandín y Chorot (1995), citado en Sierra (2003). Además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia, así como lo indica Tobal (1996), citado en Sierra (2003).

Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional. (Sierra, 2003).

La ansiedad, según Spielberger (1970), citado en Ries (2012) es un “estado emocional inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos”. (p. 45). Por su parte, la ansiedad asumida como un rasgo personal, hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables.

Según Ries, (2012) contrariamente a la ansiedad como estado, la ansiedad como rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad.

Por otro lado, en lo que respecta a la depresión, la Organización Mundial de la Salud OMS (2003) la define en términos de un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La depresión se acompaña también de cambios en el sueño, apetito y psicomotricidad, disminución de la atención, concentración y capacidad para tomar decisiones, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad o inutilidad y culpa, así como de desesperanza, y pensamientos de muerte recurrentes con ideación, planeación y/o actos suicidas.

La OMS (2001) señala que la depresión es la primera causa de pérdida de años y de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria. El trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de dos a uno. Ellas tienden a puntuar más alto que los hombres en diferentes escalas de autoinforme a partir de los catorce años. (Benjet et al., 2009; Wade et al., 2002).

En este mismo orden de ideas, Carpenter (2000) señala que la comunidad científica a través de diversos estudios sobre obesidad y estados emocionales como depresión y ansiedad demuestran que existe relación entre ellas.

Un antecedente claro al respecto es la investigación de Calderón (2010) en España. El objetivo de la investigación es comparar la ansiedad, depresión y trastornos de la alimentación. Se divide la muestra en dos grupos de estudio: obesidad severa y sobrepeso-obesidad leve- moderada. Los resultados revelan que aquellos con obesidad severa muestran más problemas psicológicos que el otro grupo. Un 12% presenta ansiedad y un 11% depresión.

En función a estos resultados, y entendiendo que la obesidad es un factor de riesgo para la salud, es relevante investigar sobre ella. Así también, es de gran utilidad entender qué relación tiene la depresión y la ansiedad en la misma con el fin de esbozar posibles bases para futuros tratamientos interdisciplinarios que incluyan la perspectiva psicológica. Department of Health and Human Services (2001)

La obesidad es un problema de salud pública que afecta a millones de personas a nivel mundial. Junto al sobrepeso, repercuten negativamente en niños, adolescentes y adultos debido a la importancia que tiene en la imagen corporal. Los problemas emocionales vinculados, propician el malestar en las personas. Esta investigación es relevante, ya que los resultados de la misma son de gran utilidad para nuevos diseños y formas de planeación de intervenciones desde una mirada psicológica, donde no solo se tenga en cuenta la ingesta de alimentos excesiva, sino también los aspectos psicológicos que generan o potenciar la

obesidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen. La implicancia práctica de esta investigación, es plantear posibles respuestas a la problemática de la obesidad. Por otro lado, las conclusiones de esta investigación aportan conocimientos científicos a la comunidad para seguir sumando a las investigaciones precedentes y a otras áreas como las de la nutrición.

# CAPÍTULO II

## **2. ESTADO DEL ARTE**

La investigación de Calderón (2010) contextualizada en España, tiene como objetivo comparar los niveles de ansiedad, depresión y trastornos de la alimentación en jóvenes atendidos en un hospital pediátrico por obesidad y por otro lado determinar si ansiedad y depresión explican síntomas de trastorno de alimentación. Se divide la muestra en dos grupos de estudio: obesidad severa y sobrepeso-obesidad leve- moderada y se calculan índices de masa corporal (IMC). Se aplican los cuestionarios Eating disorders Inventory-2 (EDI-2), cuestionario de depresión (CDI) y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Los resultados revelan que aquellos, con obesidad severa muestran más problemas psicológicos que el otro grupo. Un 12% presentaba ansiedad y un 11% depresión. También se evidencia que la insatisfacción corporal junto con una elevada ansiedad rasgo, incrementan el riesgo de perpetuar la obesidad y son los dos síntomas que mejor distinguen a los pacientes con o sin obesidad severa.

Otro antecedente con similar resultado es el de Reyes, (2015). Su objetivo es determinar la relación entre depresión y ansiedad en personas con obesidad. Se utiliza el inventario de depresión de Beck y el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Se realiza solo en una muestra de noventa y ocho personas con una media de treinta y dos años e Índice de Masa Corporal igual o superior a treinta. Los resultados arrojan que existe diferencias en ansiedad-estado entre quienes reciben tratamiento de obesidad y quienes no, en ansiedad rasgo, entre hombres y mujeres y en depresión, entre hombre y mujeres, entre quienes ya tienen diagnóstico de obesidad y quiénes no. La correlación es positiva entre ansiedad-estado y depresión, entre ansiedad-rasgo y depresión y entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Esto implica que existe relación directa entre ansiedad y depresión en personas con obesidad, aumentando y disminuyendo ambas en el mismo sentido.

El estudio de Parodi, (2015) en Paraguay, identifica la presencia de psicopatología en pacientes que acuden a consulta en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. Incluye a sesenta y nueve pacientes consultantes de esa clínica que están diagnosticados con obesidad según IMC. Las entidades psicopatológicas investigadas son ansiedad y depresión mediante la versión española de la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) administrada. Los resultados coinciden con los datos presentes en literatura internacional, lo que refleja una

prevalencia aumentada de psicopatología en pacientes que consultan por Obesidad y se registran datos sobre descontrol alimentario.

En la misma línea, el estudio de García, (2016) en México tiene por objetivo analizar el impacto que la ansiedad y depresión tienen en hábitos alimentarios y nivel de actividad de niños con sobrepeso y obesidad. Se selecciona una muestra de 332 niños de primaria que presentan niveles de sobrepeso y obesidad de acuerdo con el índice de masa corporal (IMC) y se estudian los efectos de la ansiedad y depresión sobre sus hábitos alimentarios y nivel de actividad. Los resultados revelan efectos significativos de los niveles de ansiedad en el número de refrescos embotellados tomados por día, consumo de alimentos a media tarde, número de veces a la semana que consume de leche, pescado y manzana. También se evalúan los efectos de la depresión sobre el número de refrescos embotellados tomados y demás. Estos resultados señalan que los aspectos psicológicos influyen en el patrón de consumo y hábitos alimentarios de las personas con problemas de sobrepeso y obesidad.

Otro estudio realizado en México por Salazar, (2016), cuyo objetivo es determinar la asociación entre los trastornos afectivos de ansiedad y depresión, la actividad física y la prevalencia combinada de sobrepeso/obesidad en un grupo de estudiantes universitarios. La muestra se conforma por 450 estudiantes de enfermería y nutrición de dos universidades mexicanas. Se aplica un cuestionario estructurado sobre actividad física y síntomas presuntivos de ansiedad y depresión, se mide el peso, talla y se calcula IMC. Los resultados demuestran que las variables que indagan sobre alteraciones en el apetito según el estado emocional, advierten asociación estadísticamente significativa entre sobrepeso/obesidad y aumento del apetito ante el estrés, ansiedad y tristeza. Se concluye, que existen síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios del área de salud, los cuales, asociados a una ingesta excesiva y una actividad física leve predisponen al sobrepeso y la obesidad.

Según Ríos, (2008) su investigación realizada en México tiene como objetivo observar los niveles de ansiedad, depresión y el tipo de calidad de vida que perciben los pacientes obesos. Se valoran 296 sujetos a los que se les aplica las escalas de Beck (depresión), Hamilton (ansiedad) y cuestionario de calidad de vida, comparando los resultados que se obtienen en hombres y mujeres y en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. Los resultados demuestran que hay diferencia significativa sobre ansiedad, depresión y algunas áreas de calidad de vida entre sexos, así como entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en insatisfacción de la propia figura. Como conclusión los pacientes obesos

presentan niveles de ansiedad y depresión significativos, siendo mayor en mujeres que en hombres.

Por otro lado, la investigación realizada por Gutiérrez, (2017) arroja diferentes resultados, sobre todo en lo que respecta a la variable ansiedad. Su objetivo es identificar la asociación entre la ansiedad y la obesidad en adolescentes de México. Se utiliza el cuestionario de Beck y se obtiene el IMC de cada uno a través de una somatometría. Los resultados muestran que no hay asociación entre la ansiedad y la obesidad, aunque concluye que es relevante abordar este problema con un enfoque interdisciplinario, para una evaluación completa del adolescente con problemas de obesidad.

# CAPÍTULO III

### **3.MARCO TEÓRICO**

#### ***3.1. Obesidad***

La obesidad es una enfermedad crónica de alta prevalencia en la mayoría de los países del mundo. Se define por un mayor contenido de grasa corporal, lo que representa un riesgo para la salud y limita las expectativas y la calidad de vida. (Moreno, 2012).

Según la OMS (2001), desde el año 1980 la obesidad se mantiene en un porcentaje de más del doble en todo el mundo. En el año 2008, 1.500 millones de adultos presentan un exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, por lo que la OMS declara la obesidad y el sobrepeso con el carácter de epidemia mundial. Una gran carga económica para los fines de la salud, por sus elevados costos asociados, tanto directos como indirectos. La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS (2001), se basa en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg / m<sup>2</sup> se consideran obesas.

Según Moreno, (2012), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. Existe una tendencia universal a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. El otro aspecto de relevancia es la disminución de la actividad física, producto del estilo de vida sedentario debido a la mayor automatización de las actividades laborales.

Una vez que las personas aumentan de peso, se observa, que existe una tendencia a mantener y defender este nuevo peso, a través de diversos mecanismos tanto biológicos como psicológicos. (Moreno, 2012). En tal sentido, Sánchez, (2012) plantea que existe evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas, y en personas que hacen dieta en relación a las personas que no hacen dieta.

### **3.2. Ansiedad**

La ansiedad según Díaz, (2007), es una vivencia universal que emerge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Se distingue por ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego, ocasionalmente como terror y pánico. Asimismo, es importante destacar que en caso de que estas reacciones se dispongan de manera persistente y desproporcionada a los estímulos que la causan, se le incluye dentro de los trastornos mentales.

Partiendo de lo que se refiere hasta ahora, la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que las personas nacen. De manera que, la ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo; e incluso por miedos inconscientes. (Díaz, 2007).

Bedini (2013), refiere a la ansiedad como un estado emocional que contiene elementos psíquicos y somáticos. En general aparece como una señal de alerta ante una situación amenazante interna o externa. El ser humano responde de forma natural ante vivencias inesperadas, mientras la intensidad, duración y frecuencia de las crisis emocionales no se tornan excesivas. De presentar este cuadro, la ansiedad se transforma en una condición patológica, con la presentación de múltiples signos y síntomas; así como de comportamientos distintos a lo habitual.

En este sentido, se puede afirmar que la ansiedad constituye una respuesta adaptativa, que emerge ante una amenaza o peligro. De esta forma, la ansiedad es hasta cierto punto indispensable y normal, ya que asegura las posibilidades de sobrevivir ante una situación que es real y alarmante; posibilita a la persona a llevar a cabo diferentes acciones y estrategias, como por ejemplo luchar o huir. (Muñoz, 2015).

Siguiendo los supuestos de Márquez (2007), es importante destacar que la ansiedad se pone en marcha ante la presencia de situaciones de orden conflictivo. Para ello, la persona utiliza los recursos de los que dispone para solucionar la problemática, dando como respuesta diferentes conductas entre ellas reacciones fisiológicas, expresiones más exaltadas entre otras,

dado que, al verse impelida de predecir el hecho, siente que no posee las herramientas para controlar la situación.

Según Díaz (2007), comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar, se transforma en un mecanismo para reducir la ansiedad, lo cual es una forma rápida y pasajera para el alcance del paciente. En tal sentido, si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en un hábito, con el tiempo la persona aumenta de peso, lo que provoca un círculo vicioso en el que la ansiedad se reduce ingiriendo alimentos. Así, al aumentar de peso, genera un motivo de preocupación, por lo que nuevamente, se presenta la ansiedad y una vez más la persona recurre al consumo de comidas como mecanismo compensador. Ahora bien, cuando la causa que fomenta la ansiedad no logra identificarse, la persona entra en un cuadro de ansiedad continua, que de forma muy recurrente lo alivia consumiendo alimentos.

Al respecto Warren (2005), señala que la ansiedad es una forma de reacción del yo ante una situación que la persona estima peligrosa, la cual puede ser real o no, es decir, de tipo neurótica. En tal sentido, se puede afirmar que, la ansiedad es una reacción emocional natural del ser humano, no requiere tratamiento específico, en tanto que, al mantenerse dentro de los parámetros emocionales de normalidad percibida por la persona, la asume y resuelve de manera consciente. En los casos que esa ansiedad excede los límites como reacción ante la situación que la genera, se estima conveniente la consulta médica con un profesional que oriente de manera asertiva el diagnóstico y consiguientemente establezca el tratamiento correspondiente, a la luz de restablecer el equilibrio emocional del sujeto. (Quispe,2009).

De esta manera, se afirma que cuando la persona detecta una situación amenazante, el cerebro, envía una señal al sistema nervioso autónomo, quien se encarga de regular las funciones vitales, enviando diferentes señales para que el cuerpo enfrente dicha amenaza. Es decir que ante un peligro se enciende la señal como respuesta cognitiva; aparecen diferentes indicadores fisiológicos, como sudor, taquicardia, aumento de la presión sanguínea, mareos; finalizando con una respuesta del cuerpo, de orden motora que consiste en optar por luchar o huir la amenaza. El problema surge cuando la ansiedad se dispara ante un problema que no es real, generando mucho malestar, imposibilitando una vida tranquila. Esto se evidencia en diferentes trastornos, entre ellas se distinguen las fobias, hipocondrías, obsesiones. (Muñoz, 2015).

### *3.2.1. Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.*

La ansiedad como estado es un estado emocional transitorio o situacional en las cuales la intensidad y el tiempo resultan fluctuantes. (Alonso, et al., 2003). En este orden de ideas, la ansiedad-estado, según Spielberger (1970), citado en Ríes (2012), se define como un estado emocional inmediato, que es modificable en el tiempo; además se distingue por una combinación de sentimientos, tanto de tensión, como de aprensión y nerviosismo; así como de pensamientos molestos y preocupaciones, conjuntamente con cambios de orden fisiológicos.

La ansiedad estado (A-Estado), es definida por Czernik et al. (2006) “Como una situación en un momento dado siendo fluctuante y transitoria, en la que se produce una importante activación del sistema nervioso, determinada por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor”. (párrafo. 1).

Asimismo, Spielberger, et al., (1970) estiman que la ansiedad-estado, consiste en un período emocional temporal, en el que tiene lugar procesos de tensión y de aprehensión; así como también de un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos puntos de referencia oscilan tanto en el tiempo como en la intensidad. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo manifiesto por la persona.

De manera que, la ansiedad se estudia como rasgo de personalidad y como una respuesta emocional. En la ansiedad rasgo (A Rasgo), la persona tiene una predisposición a percibir todo lo que sucede a nivel ambiental, como una amenaza, ante lo que responde con fuertes estados de ansiedad. (Czernik, et al., 2006,).

Siguiendo los supuestos de Spielberg (1970), al hablar de ansiedad como rasgo, se apunta a las diferencias existentes entre los individuos, relativamente estables, las cuales se manifiestan en la manera de percibir como más amenazantes una situación, lo que provoca un aumento de la ansiedad.

De esta forma, se puede afirmar según Czernik et al. (2006) que existe una predisposición de presentar ansiedad, es decir que el sujeto suele percibir diferentes situaciones o estímulos como peligrosos para su integridad, por lo cual es propenso a responder a tales amenazas con reacciones de ansiedad.

### **3.3. Depresión**

Con respecto a la depresión, la OMS (2001) la define como un trastorno del estado de ánimo que se distingue por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas. Esta alteración en el estado de ánimo, afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La palabra depresión proviene del latín *depressu*, que significa *abatido, derribado*, y para la psiquiatría es un Trastorno del Estado de Ánimo Bajo, que en términos corrientes se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que se presenta de manera transitoria o permanente. (Conti, 2007).

Según Bello, (2005) los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padece en algún momento de su vida, de un tipo de trastorno afectivo que requiere de tratamiento médico. La depresión se integra en el conjunto de trastornos mentales que cada día imprimen mayor importancia en el sostenimiento de la salud pública de la población y se estima que en 2020 se posiciona como la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Fundamentalmente, la depresión devela un estado de tristeza profunda; así como una pérdida de interés o placer prolongado durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día a día de la persona.

En tal sentido, la depresión es la alteración más recurrente del estado de ánimo en la población, cuya prevalencia se estima entre el 5 y 10% por ciento de la población general, siendo más frecuente en mujeres que en los hombres, y aparece fundamentalmente entre los dieciocho y cuarenta y cuatro años de edad. (González, 2005).

En este orden de ideas, González, (2005) señala que las consecuencias de la depresión representan un peligro para la vida de los seres humanos, debido a que existen casos en los que se autolesionan o terminan suicidándose. En ese sentido, el autor señala que aproximadamente entre 10 y 15% de las personas que padecen depresión grave, presentan ideas suicidas, intentan suicidarse o finalmente lo hacen. De acuerdo con este autor, el suicidio ocupa el noveno lugar entre las causas de muertes a nivel mundial.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su V edición, emplea ciertos criterios clínicos a la luz de detectar la Depresión. Se ubica en el apartado Trastornos Depresivos, y la clasifica en distintos grupos según el número de signos, síntomas que presenta el paciente, así como su duración. Así, en este manual, se admite que la Depresión es la alteración de la capacidad afectiva, que incluye estados emocionales como la tristeza y la incapacidad de brindar afecto o recibirlo de quienes rodean a la persona (APA, 2014).

La sintomatología de la depresión es altamente diversa; es decir comprende un amplio espectro que va desde síntomas físicos, inhibición de pensamiento, inhibición psicomotora, hasta manifestarse como un vínculo con otras patologías, entre ellas ansiedad y alcoholismo. De esta manera sus formas clínicas también son variadas, las cuales van desde leves, como por ejemplo las distimias, a severas, por ejemplo, la melancolía. El desarrollo de la depresión no distingue la edad de la persona. (Conti, 2007). Siguiendo a este autor, se puede afirmar que la Depresión es una enfermedad que llega a ser crónica y recurrente, que afecta la calidad de vida del individuo, al punto de conducir a la persona a la muerte por suicidio, por lo que requiere un tratamiento permanente. Al ser una enfermedad de orden cíclico, aparece y desaparece de manera espontánea.

Ahora bien, para explicar la Depresión, Beck (2003) postula un modelo donde se plantean tres conceptos: la tríada cognitiva, los esquemas mentales y los errores cognitivos. En el caso de la tríada cognitiva, la persona tiene una visión significativamente negativa de su futuro; así como de sí mismo y generalmente interpreta las experiencias del día a día de manera negativa. Así, la persona se ve asimismo desgraciada, torpe, de poco valor, se subestima y satiriza a sí misma. Asume que el mundo le interpone obstáculos insuperables, por lo que el contexto le frustra continuamente; además la persona solo espera un futuro de penas y fracasos. (Beck, 2003).

Cuando una persona se enfrenta a una situación, el esquema mental o patrones cognitivos estables, son la base que posibilitan la transformación de estos datos en cogniciones desde los cuales se interpreta la objetividad de una forma positiva y perseverante, o negativa y frustrante. Es por ello que se afirma, que los esquemas activados en una situación específicamente contextualizada, detentan la manera en la que una persona responde a dicha circunstancia. (Beck, 2003).

Siguiendo con los presupuestos de Beck, (2003) en la Depresión, estos esquemas mentales son inadecuados. Por lo que el sujeto pierde en gran medida, el control voluntario sobre sus procesos de pensamiento, viéndose incapaz de tomar otros esquemas más adecuados que le permitan accionar de manera asertiva en pro de su propio bienestar. A medida que la Depresión se incrementa, el pensamiento se muestra cada vez más dominado por ideas de orden negativo. Los errores sistemáticos que se ponen de manifiesto en el pensamiento de la persona depresiva, es el mantenimiento de creencias y subjetividades que se orientan hacia una validez de sus conceptos negativos, más allá de que la evidencia contextual señale lo contrario. (Beck, 2003).

Respecto a las distorsiones cognitivas presentes en la persona depresiva, Beck (2003) las divide en diez tipos diferentes. En primera instancia, se destaca el pensamiento de todo o nada, el cual consiste en evaluar las cualidades de orden personal a través de categorías absolutas, en tanto que todas las acciones que emprende deben ser perfectas pues de lo contrario es un fracaso.

En segundo lugar, se distingue la generalización excesiva, en la que se asume una experiencia vivida como negativa, lo cual se aplica para cualquier otro contexto y que justifica la posibilidad latente de volverse a repetir.

En tercera instancia, se presenta el denominado filtro mental, el cual es una tendencia a considerar solamente los aspectos negativos que emergen de una determinada situación, sin estimar los elementos de orden positivo que están dados.

En cuarto lugar, se encuentra el hecho de descalificar de manera permanente lo positivo, transformando experiencias positivas o neutras en situaciones negativas.

En quinto lugar, se distingue el hecho de hacer conclusiones apresuradas, es decir resolver que la experiencia es negativa sin antes evaluar objetivamente los resultados en función a los objetivos trazados y que de alguna manera le justifiquen.

En sexta instancia, se encuentra la magnificación y minimización, entendiéndose por tal la tendencia a aumentar o destacar los fracasos y a disminuir los éxitos obtenidos de forma desproporcionada.

En séptimo lugar, se distingue el razonamiento emocional, consistente en establecer una interpretación de los estados de ánimo de manera que se traten de verdades objetivamente comprobables.

En octavo lugar se disponen las denominadas enunciaciones, relacionadas a supuestos de lo que el sujeto debe hacer, pero entran en contradicción con lo que resulta haciendo desde el punto de vista comportamental y conductual.

En noveno lugar, se encuentra el etiquetamiento, el cual tiene que ver con la construcción de un autoconcepto negativo signado por errores y defectos.

Finalmente, en décimo lugar se dispone la personalización, en tanto que hacerse responsable no solamente de sus propios actos, sino además de las acciones o comportamientos de otros.

Por su parte, Riveros et al., (2007), distinguen varios tipos de depresiones que se ubican en niveles. Así, las depresiones primarias, son aquellas en las que no está presente una enfermedad de orden médico o bien psiquiátrico, emergen de manera espontánea o posterior a una experiencia de orden extrema, se subdividen de acuerdo a la sintomatología y gravedad de éstas. Las depresiones primarias unipolares, se destacan por su aparición en estadios o fases, que van desde un intervalo de normalidad hasta aguda cuando no se corrige la depresión en su momento; su prolongación en el tiempo depende del estado emocional de la persona, por lo que varía de un individuo a otro, extendiéndose por días, semanas hasta que en definitiva se torna crónico. Las depresiones primarias bipolares son aquellas en las que se presentan fases depresivas con alternancia de estados de normalidad y episodios maníacos, así la manía es la antítesis de la depresión, en tanto que, los pacientes eufóricos y expresivos, son imperativos, padecen de insomnio, en algunos casos se reportan como compradores compulsivos, se comprometen a realizar tareas en las que se ven impelidos de ejecutarlas, se muestran coléricos y se le lleva la contraria e incluso llegan a agitarse, presentan ideas delirante y alucinaciones. Las depresiones secundarias, se vinculan con otras enfermedades de orden médico o psiquiátricas, por lo que es importante identificar lo que la genera. La esquizofrenia, deriva de una remisión de algún episodio agudo, o también es el resultado de manifestaciones características de una actitud clínica negativa. Por último, se destacan los estados de ansiedad aguda en el que se torna crónica y ya no se puede resolver.

### 3.3.1. Identificación de los Signos y Síntomas de la Depresión

Entre los signos y síntomas de la depresión, se encuentra el estado de ánimo, en el que el enfermo puede inclusive percatarse de esto y de igual forma su círculo social más cercano puede notarlo. Se distingue por un estado emocional variable, generalmente calado, distante, serio, aislado, o irritable; por lo que el cambio repentino del carácter es distintivo en estos pacientes. De esta forma, la persona se muestra poco tolerante y se victimiza en función de sentir que las circunstancias negativas le ocurren solamente a él, o consecuentemente él las provoca. Asimismo, es importante destacar que el estado de ánimo puede variar durante el día, sintiéndose más deprimido en una franja horaria determinada, presentando inclusive recuerdos de experiencias negativas acontecidas en diversos momentos de su vida. (Riveros et al., 2007).

Asimismo, se distingue la pérdida del interés por situaciones o actividades que antes se reportan como placenteras. En tal sentido, el paciente no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar, pudiendo deberse a que ya no disfruta de la ejecución de estas actividades. La dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, ya que ahora el paciente se siente con poca capacidad para encontrarse bien con sus amigos y familiares, tornándose un suplicio el ver a los demás, reír y divertirse, cuando es algo que éste no puede experimentar. De esta forma, el solicitar a los deprimidos que *le pongan ganas*, que *no se den por vencidos* o en su defecto que *se esfuerzen y socialicen*, es pedirle que se contracte y se sienta peor. (Riveros et al., 2007).

Los sentimientos de culpa, es otro síntoma muy frecuente en el deprimido, pudiendo pensar que se encuentran deprimidos por cosas o situaciones que hacen o dejan de realizar en el pasado. Además, pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que se encuentran lavando sus culpas a través de la enfermedad. En algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes, fuera del juicio de realidad, de que están pagando con sus culpas y las de alguien más, o que están purificando los pecados de otro. También, pueden existir alucinaciones auditivas que los acusen e insulten. (Riveros et al., 2007).

La ideación suicida, es un síntoma que tiene lugar en la depresión. Así, las personas depresivas se suicidan con mucha frecuencia. El médico puede temer sobre preguntar respecto a este tema, ya que es de suponer que el paciente no ha pensado eso, o no lo ha hecho formalmente, por lo que, al hacer semiología en esta área, posibilita que emerja la ideación suicida. Sin embargo, puede darse el caso en el que el paciente lo ha pensado y él desea que se lo interrogue al respecto, con miras a no llevar a cabo este tipo de acción. (Riveros et al., 2007).

En lo que concierne al insomnio y otros Trastornos del Sueño, es de destacar que constituye otra sintomatología que revelan estados de depresión. Es la manifestación de un sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los deprimidos, la forma típica es el insomnio de la última parte de la noche, conocido como insomnio terminal o tardío. La persona se despierta a las 03:00 de la madrugada y no puede conciliar el sueño nuevamente. En esas horas de soledad nocturna, el deprimido inicia con una serie de pensamientos pesimistas y de impotencia, impidiéndole dormir nuevamente. Antes del inicio de su depresión, el despertarse una hora más temprano del horario habitual que suele tener el sujeto, se considera como despertar matutino prematuro o insomnio terminal. Es por esto que, una pregunta clave durante la consulta médica es indagar a qué hora se despierta en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido, y a qué hora se despierta sin poder dormir en la última semana. (Riveros et al., 2007).

Riveros et al. (2007) afirman que algunos pacientes con Depresión pueden tener datos de insomnio inicial, es decir, la incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos en el horario acostumbrado, o insomnio terminal, fragmentación del sueño, con despertares de más de veinte minutos o levantarse de la cama sin poseer necesidad de ir al baño.

En un laboratorio de sueño, el Depresivo posee una serie de alteraciones de las fases o estadios de sueño, como la menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos, fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro. Aunque, puede suceder que en lugar de presentar una calidad y cantidad de sueño baja, poseen un exceso de sueño. Estos sujetos duermen de nueve a diez horas, refiriendo que mientras más duermen, más deprimidos se sienten, con adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz. (Riveros et al., 2007).

De la misma manera, es relevante distinguir la disminución de la energía, en la que el paciente presenta dificultad para moverse, arreglarse, asearse, iniciar labores mínimas, o que

necesitan un gran esfuerzo para llevarlas a cabo. Se debe evaluar qué actividades no puede realizar el paciente, abarcando desde lo que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para alinearse, hasta dejar de trabajar y estar solo acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los depresivos pueden llegar al estupor, el cual dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder o solo realizando movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del paciente se diferencia de la catatonia, el cual también es un tipo de inmovilidad, pero en la última el paciente posee flexibilidad cérica, en donde se lo coloca en posiciones anti-gravitatorias incómodas, situación que no ocurre con el deprimido. (Riveros et al., 2007).

Desde esta misma perspectiva, es de destacar la agitación psicomotriz y ansiedad psíquica, en la que existe un componente de orden sintomático ansioso importante, por lo que el médico puede evaluar al paciente desde la inspección general, su estado de agitación psicomotriz. De estar presente, el deprimido mueve las manos o los pies de manera inquieta, juega con el pelo, se seca las manos, se levanta y se sienta. Asimismo, el paciente expresa que se siente nervioso, intranquilo, muy preocupado por cosas pequeñas que antes no le causaban este efecto. (Riveros et al., 2007).

Así también, se denotan los malestares de orden físico. Por lo general, el depresivo presenta una serie de malestares, poco sistematizados, pero llegan a ser severos, entre ellos se distinguen la cefalea, dispepsias, boca seca, náuseas, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. (Riveros et al., 2007).

Otro síntoma de la depresión son las alteraciones gastrointestinales y la pérdida de peso. Comúnmente, los depresivos presentan bajo apetito y una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos o en talles de ropa, debido a que el paciente siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, requiere de un estudio para descartar problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer. Por otra parte, algunos depresivos pueden aumentar de peso, por lo general, los enfermos con sueño excesivo, apetito por alimentos abundantes en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro se lo denomina depresión afectiva estacional, ya que es común que se presente más frecuentemente en el invierno. Además, se lo denomina depresión atípica. (Riveros et al., 2007).

El cuadro sintomatológico, también puede reflejar una disminución del deseo sexual. Se destaca un bajo nivel en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer (Riveros et al., 2007).

Finalmente, es de destacar que adicionalmente se presentan diversas manifestaciones adicionales, entre ellas las de tipo hipocondríaco, buscar explicaciones en el funcionamiento de los órganos y sistemas, acudir con más frecuencia al médico con dolencias poco sistematizadas. Además, pueden existir datos obsesivo-compulsivos, en otras palabras, el paciente posee pensamientos repetitivos que no puede alejar de su cabeza, que son reconocidos como absurdos, y la repetición de actos motores o rituales para asegurarse de que se encuentran bien realizados. En el primer caso, existen ideas parásitas que no se alejan del pensamiento, pudiendo generar ansiedad. En el segundo, el depresivo no deja de revisar cosas y situaciones o repetir operaciones. (Riveros et al., 2007).

Abordado todo esto, está de manifiesto que la obesidad genera un efecto desfavorable en relación a la enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, dado por las consecuencias, como por ejemplo los estigmas, psicosociales que conlleva y también por el seguimiento de dietas y ciclos de pérdida-recuperación de peso que conllevan a consecuencias psicopatológicas. Es por ello, que el objetivo de este trabajo, es realizar una aproximación al perfil de sujetos obesos y normopeso con respecto específicamente a los niveles de depresión y de ansiedad en Argentina con la intención de servir para el posterior diseño de intervenciones más eficaces para el tratamiento de la obesidad desde la perspectiva de salud mental.

### ***3.4. Instrumentos***

### ***3.5. Cuestionario De Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (C.D. Spielberger, R.L Gorsuch y R.E. Leshene, 1997)***

#### ***3.5.1. Ficha Técnica***

- Nombre original del instrumento: State-Trait Anxiety Inventory.
- Autores: Spielberger, Gorsuch y Lushene.
- Publicación original: Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).

- Adaptación: versión española de Bermúdez, (1977). TEA (1982).
- Aplicación: Individual o colectiva.
- Edad de aplicación: Adolescentes y adultos con un nivel cultural mínimo que les permita comprender las instrucciones y enunciados del instrumento.
- Duración de la prueba: No tiene tiempo limitado para su aplicación y habitualmente las personas emplean alrededor 15 minutos para su completa realización.

### *3.5.2. Características Generales*

El State-Trait Anxiety Inventory, constituye un instrumento cuya primera publicación data de hace veinticinco años. (Levitt, 1967; Spence, 1968; Spielberger, 1966). De esta manera, se establece como publicación definitiva el año 1970, desde entonces se distingue por reunir una extensa bibliografía.

Siguiendo este orden de ideas, es de destacar que la primera versión del cuestionario se describe y evalúa en la obra de Levitt (1967). En dicha investigación, se la compara con otros instrumentos psicológicos orientados a medir la variable ansiedad. En este sentido, si bien se parte del supuesto de que los ítems relacionados con otras medidas de ansiedad son realmente útiles en un cuestionario para identificar el nivel del estado y el rasgo de ansiedad, presente en el paciente, es de distinguir que, en la mayoría de los instrumentos, dicha evaluación se orienta a la medición del rasgo, lo que obliga a reformular muchos elementos de modo que se pueda medir, no solamente el estado sino también el rasgo. El producto de esta decisión da lugar al STAI único (forma A), que, con ciertas instrucciones de aplicación, permite medir ambas variables de manera simultánea.

No obstante, se detecta una limitación importante; consistente en el hecho de que algunas palabras claves presentan significados ambiguos que interfieren cuando se les emplea como medidas para medir ambas variables.

Consecuentemente se modifican nuevamente algunos elementos, a la luz de seleccionar aquellos que mejor miden A/E y aquellos otros que discriminen mejor la A/R,

cuyo resultado es la forma X, que es la que se utiliza para elaborar la versión española de Bermúdez, (1977).

### 3.5.3. Descripción

El State-Trait Anxiety Inventory, comprende dos escalas separadas de autoevaluación orientadas a medir dos conceptos independientes de la ansiedad; es decir, la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. De manera que, se asume a la ansiedad como estado, en función de la condición emocional de orden transitorio que varía con el tiempo y fluctúa en intensidad. Así también, se estima la ansiedad como rasgo a la propensión de orden ansiosa, relativamente estable que puede permanecer de manera latente hasta que un estímulo de orden situacional la activa.

Esta escala A/E consta de veinte frases a través de las cuales se solicita al individuo que describa cómo se siente *ahora mismo, en este momento*, con cuatro alternativas de respuesta que oscila entre cero y tres, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). La escala A/R consta de la misma manera de veinte expresiones que exigen que la persona se describa acerca de cómo se siente *en general, en la mayoría de las ocasiones*, eligiendo una entre las cuatro alternativas de respuesta, también entre cero y tres, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre).

Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, de forma tal que facilite la aplicación y la comprensión de las instrucciones, las cuales aparecen en la parte superior y pueden ser leídas y entendidas por cualquier individuo con un nivel cultural mínimo.

### 3.5.4. Objetivos de la Medición

La finalidad con la que se construye el State-Trait Anxiety Inventory, es disponer de una única escala que posibilite la obtención de medidas objetivas de autoevaluación de la ansiedad, tanto de estado como de rasgo.

La subescala A/E se utiliza para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducida por procedimientos experimentales cargados de tensión o de estrés. Se observa que las puntuaciones A/E aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuye como consecuencia de las técnicas de relajación. La puntuación A/E es un índice sensible del nivel de ansiedad transitoria de los sujetos normales o pacientes clínicos.

La subescala A/R se emplea en la investigación para seleccionar individuos con diferente predisposición a responder a situaciones de estrés psicológico con distintos niveles de intensidad de la A/E, tanto en sujetos normales como en población clínica.

### *3.5.5. Características Psicométricas*

### *3.5.6. Comentarios sobre Fiabilidad*

Los análisis psicométricos a los que se somete el State-Trait Anxiety Inventory tienen, en general, buenos resultados en su versión original como en la adaptada a la población del país. En función a ello, es importante reportar que con los hallazgos españoles (TEA, 1986), se obtiene una buena consistencia interna (entre 0,90 y 0,93 en la A/E y entre 0,84 y 0,87 en A/R); estos índices se asemejan a los resultados de los estudios originales (entre 0,83 y 0,92) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Al hallar la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades (pares e impares) los coeficientes resultantes son similares a los anteriores: 0,94 en A/E y 0,86 en A/R. Cuando se realizan análisis de test-retest con diferentes intervalos de tiempo, también se denotan fallos elevados en los índices de fiabilidad, sobre todo en la variable rasgo (en estudios originales entre 0,73 y 0,86), mientras que la fiabilidad de A/E se ve muy afectada por el sexo y la situación cuando se intenta una aplicación retest (en estudios originales entre 0,16 y 0,31 en mujeres y entre 0,33 y 0,54 en varones).

### *3.5.7. Comentarios sobre Validez*

En lo que respecta a la validez concurrente que se obtiene en los estudios originales (relacionando el STAI A/R con otras medidas de ansiedad) estos oscilan entre 0,58 y 0,76 en

muestras de universitarios varones y entre 0,52 y 0,80 en el caso de las mujeres que presentan el mismo nivel de estudios.

En el caso de los resultados españoles también se reportan índices adecuados. Por ejemplo, Sandín (1981) encuentra una elevada correlación (0,88 en situación normal y 0,82 en situación experimental) entre el STAI A/E y el Eight State Questionnaire (8SQ), aunque esta relación se reduce bastante en la escala de A/R (0,29 y 0,26 respectivamente).

### *3.5.8. Administración*

En el proceso para administrar el State-Trait Anxiety Inventory, es relevante considerar algunos elementos, como por ejemplo que el mismo puede ser administrado de manera individual o colectivamente, bajo la forma de autoaplicación. Asimismo, aun cuando en ciertos ítems tienen validez aparente como medida de la ansiedad, el evaluador debe evitar emplear dicho término durante su aplicación, sustituyéndolo por cuestionario de autoevaluación.

Es importante hacer referencia a la diferencia entre estado y rasgo, en tanto que las impresiones sobre el estado se orientan hacia lo que el paciente siente en el momento actual, mientras que el rasgo alude a lo que la persona siente de manera global. De la misma manera, si en medio de la resolución del test el paciente tiene alguna duda, el evaluador debe aclararla, evitando influir en el resto de la prueba.

Además, es importante subrayar la necesidad de que el paciente responda a todas las proposiciones planteadas, y así también se cumpla con el orden de aplicación del State-Trait Anxiety Inventory, es decir, primero el A/E y luego la A/R.

### *3.5.9. Corrección*

El State-Trait Anxiety Inventory ofrece una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales resultan sumando las puntuaciones en cada uno de los veinte ítems correspondientes. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre cero y sesenta puntos.

Ahora bien, en la escala A/E existen diez elementos que son afirmativos de ansiedad y diez negativos de la misma, siendo los siguientes: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20; lo que se invierte en la puntuación asignada a la intensidad.

En la escala A/R existen 13 elementos que son afirmativos de ansiedad y siete negativos de la misma, estos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39, por lo que es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación.

Para la corrección y puntuación se dispone de una plantilla transparente que, se coloca sobre el espacio que se asigna a las respuestas en la parte A/E. La misma permite contar las señaladas por el individuo y que coincidan en la columna izquierda (con las letras A/E y el signo +), para obtener mediante su suma un valor, que se traslada al recuadro impreso en el ángulo superior derecho del ejemplar, es decir a la primera fila y detrás del signo +. A continuación, se desplaza hacia la izquierda la plantilla, de tal manera que ésta coincida sobre las respuestas del individuo la segunda columna de la plantilla, siendo señalada con A/E y el signo – y se suman los puntos resultantes; este valor se traslada al citado recuadro, detrás del signo –. En este momento se procede a la resolución de la operación y se obtiene de esta forma la puntuación directa en el State-Trait Anxiety Inventory estado.

Cuadro destinado a las puntuaciones directas

$$A/EPD=30+==$$

00

$$A/RPD=21+==$$

Esta operación se realiza de forma semejante con el reverso del instrumento utilizando las dos columnas que se disponen seguidamente en la plantilla (A/R+ y A/R–). De esta forma, sus valores se traspasan al recuadro superior de la portada, y se resuelve la operación indicada para obtener así la puntuación directa en el State-Trait Anxiety Inventory rasgo. Cuando se omiten algunos elementos, es posible prorratear la puntuación final, al seguir una de estas opciones: calculando la media de los elementos que son respondidos en esta parte, es decir se divide la puntuación directa entre el número de elementos finalmente respondidos; multiplicando el resultado por veinte; o redondeando el resultado entero por el más próximo.

En caso de que el número de elementos omitidos en una de las partes A/E o A/R es tres o más, lo más conveniente es poner en duda la validez de la aplicación realizada y proceder a aplicarla nuevamente.

Asimismo, es relevante señalar que no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas (PD) que obtenidas que transformadas en centiles (PC), en función del sexo y la edad. La puntuación centil refiere el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto es superior en la variable apreciada por el instrumento.

### ***3.6. Inventario De Depresión De Beck II (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).***

#### *3.6.1. Ficha Técnica*

- Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II). Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
- Editor del test en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
- Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A.
- Fecha de publicación del test original: 1996.
- Fecha de la publicación del test en su adaptación española: 2011
- Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2011 1.10.
- Área general de la variable que pretende medir el test: Escalas Clínicas

#### *3.6.2. Características Generales*

El Inventario de Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II) constituye un

instrumento de autoinforme. El mismo se compone de veintiún ítems y su finalidad es medir la severidad de la depresión tanto en adultos, como en adolescentes a partir de los 13 años. Esta versión del BDI se desarrolla a la luz de valorar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos que son descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Cuarta Edición de la American Psychiatric Association. (DSM-IV, 1994). Este instrumento se reformula a la luz de mejorar su validez interna.

### *3.6.3. Descripción de la Variable*

Tal como se indica anteriormente, el BDI-II se desarrolla especialmente para evaluar los síntomas de depresión según los criterios establecidos para medir trastornos depresivos del DSM-IV. Es por eso que se reformulan y también se agregan nuevos ítems para evaluar de manera mucho más completa los criterios de depresión del DSM-I.

En tal sentido, la puntuación del BDI-II se determina al sumar las acciones para los 21 ítems. Cada ítem se valora según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. Si un examinado hace elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con el valor más alto. La puntuación total máxima es 63. Se debe prestar especial atención a la puntuación correcta de Cambios en los Hábitos de Sueño (ítem 16) y Cambios en el Apetito (ítem 18). Cada uno de estos ítems contiene siete opciones con valores ordenados (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b) a través de los cuales se puede diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. Si el examinado elige la opción con puntuación más alta, la presencia de un aumento o disminución en cualquier síntoma debe ser estimado clínicamente a propósito de realizar el diagnóstico.

### *3.6.4. Objetivo de la Medición*

El Inventario de Depresión de Beck-II, constituye un autoinforme que ofrece una medida respecto a la presencia y la gravedad de la depresión presentes en adultos y adolescentes de 13 años o más. Este instrumento, se compone de 21 ítems indicativos de

síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos presentes en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, (1994) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, (1993). En tal sentido, se incluyen todos los criterios establecidos en el DSM-IV y en el CIE-10. Ambas referencias citadas se orientan al diagnóstico de un episodio depresivo mayor y la mayoría de los ítems propuestos posibilitan el diagnóstico de distimia.

### *3.6.5. Características Psicométricas*

### *3.6.6. Comentarios sobre la Validez de Constructo*

Para la validez de constructo del instrumento se toma el estudio español, en el que se administra el BDI-II a una muestra compuesta por tres muestras pacientes adultos con varios trastornos psicológicos, los cuales siguen tratamiento de orden psicológico de manera ambulatoria en centros públicos de la Comunidad de Madrid. En este orden de ideas, para la primera muestra el número total de pacientes es de 712, con un rango etario de 18-79 años, el porcentaje de mujeres oscila entre 63.6 y 76.5. El criterio de exclusión consiste en la existencia de alguna dificultad de orden intelectual o lingüística que imposibilite la realización de la prueba. La segunda muestra consiste en 569 sujetos de la población en general cuyo perfil demográfico en función al sexo y edad son similares a la población española. La tercera muestra comprende dos muestras de estudiantes universitarios pertenecientes a diversas facultades de la Comunidad de Madrid, siendo en total 727 alumnos, cuyos rangos de edades oscilan entre 18-26 años, denostándose que el porcentaje de mujeres oscila entre 51.5 y 77.8%.

### *3.6.7. Comentarios sobre Validez Predictiva*

En esta sesión se incluyen estudios referentes a la utilidad o discriminación diagnóstica de las puntuaciones de la adaptación española del BDI-II entre tres muestras. La primera muestra se compone de 322 participantes, comprende pacientes externos que son clasificados en cuatro grupos diagnósticos a saber: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos y otros trastornos psicológicos. La segunda muestra, compuesta por 171 pacientes que presentan trastorno depresivo mayor y sin depresión. La tercera muestra, son 165 estudiantes universitarios que han experimentado algún episodio depresivo mayor y otros no deprimidos. El criterio que se emplea es la entrevista diagnóstica estructurada a saber: SCID-I VC (estudios 1 y 2) y Quick DIS-III-R (estudio 3).

### *3.6.8. Comentarios Generales Sobre Validez*

Se puede afirmar que se emplea una metodología adecuada en pro de traducir y adaptar los ítems a la población española. El contenido de la prueba involucra todos los criterios propuestos emanados de la DSM-IV y el CIE10 para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los establecidos para el diagnóstico de distimia. Es de distinguir que no se aportan resultados referidos a consultas a expertos.

Los estudios de orden empírico de validación de las puntuaciones denotan evidencias que están presentes en el análisis de la estructura interna del instrumento; así como de su utilidad diagnóstica y de las correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión y ansiedad (MCMII-II, LED, STAI y BAI).

En lo que concierne a la estructura interna, se realizan análisis factoriales exploratorios en los que se replican los resultados obtenidos de estudios factoriales en población clínica que ejecutan los autores de la prueba, lográndose obtener dos factores: por una parte, una dimensión somática, distinguida por la pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño; así como un factor de orden cognitivo, consistente en autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio.

En vista de la elevada asociación entre ambos factores, es prudente considerar que la prueba se orienta a medir un factor dominante de gravedad de la depresión. De hecho, el primer factor en la extracción inicial da cuenta de un porcentaje de varianza altamente sensible (30%) al de los factores sucesivos, (menos del 7%).

Las puntuaciones de la prueba presentan una adecuada validez convergente, es decir una elevada correlación en el orden del 0.50%, con las medidas de depresión del MCMI-II y del LED. La validez discriminante resulta estar más comprometida. Por un lado, se obtienen correlaciones un tanto moderado.

Pese a los resultados, se observan elevadas correlaciones con la medida de ansiedad del BAI. En tal sentido, los autores afirman que esta alta asociación es debido a la presencia de síntomas compartidos en las definiciones clínicas subyacentes de la depresión y de la ansiedad. De hecho, los análisis factoriales conjuntos de los ítems del BAI y el BDI-II revelan la presencia de dos factores correlacionados, aunque distinguibles, uno es la depresión y el otro la ansiedad.

Asimismo, no se aportan estudios sobre el funcionamiento diferencial de los ítems vinculados al sexo, la patología en grupos normales y clínicos. Los resultados reflejan que el BDI-II es un test altamente apropiado para la medición no solo de la presencia, sino también de la gravedad de la sintomatología depresiva en la población española; tanto en ámbitos clínicos como de investigación.

Ahora bien, estas buenas propiedades no justifican que el juicio diagnóstico respecto a si una persona padece o no un trastorno depresivo recaiga exclusivamente en los resultados que el test ofrece. El BDI-II es un test de utilidad para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, la gravedad de un paciente o en todo caso su progreso terapéutico. Es por esta razón que el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo no solo en cuenta el tipo y número de síntomas que presenta el paciente, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad; así como la ausencia de ciertas causas posibles o también de ciertos diagnósticos concurrentes.

### *3.6.9. Comentarios Generales sobre fiabilidad*

La fiabilidad del instrumento, se basa en las puntuaciones alcanzadas en la consistencia interna. De esta manera, se puede afirmar que dichos coeficientes son altos, pues arrojan valores superiores a 0.85, similares a los que se reportan en el estudio con la versión original del BDI-II. En tal sentido, un estudio realizado con el test original se obtiene una correlación test-retest altamente elevada, es decir de 0,93. La muestra está formada por 26 pacientes y el intervalo entre aplicaciones es de una semana.

### *3.6.10. Administración*

La administración del test BDI-II, se puede aplicar tanto de forma individual como colectiva, con formato de papel y lápiz o de manera oral. En este sentido, se requiere entre 5 a diez minutos de tiempo para lograr completarlo; aunque los pacientes que presentan depresión grave o trastornos obsesivos, tienden a tardar un poco más para completarlo. Las instrucciones para el BDI-II indican que los evaluados seleccionen las afirmaciones que le son más características en un período reciente comprendido en las últimas dos semanas, incluyendo el día presente, a la luz de ser consistente con los criterios emanados del DSM-IV para la depresión mayor. Así también, cada ítem se responde en una escala de cuatro puntos, de cero a tres, excepto los ítems dieciséis (cambios en el patrón de sueño) y dieciocho (cambios en el apetito) que contienen siete categorías. En caso que una persona seleccione varias categorías, se toma la categoría que comprende la puntuación más alta, de esta forma vale destacar también que la puntuación mínima es cero y la más alta es sesenta y tres.

El formato de los ítems se distingue por asumir una escala tipo Likert con cuatro categorías de respuestas debidamente ordenadas que se codifican a partir de cero hasta tres. La puntuación es la suma de las respuestas a los veintiún ítems. Si una persona elige varias opciones en un ítem, se toma la opción que debe la puntuación más alta entre las seleccionadas. También se puntúan de cero a tres los ítems número dieciséis y dieciocho, que tienen siete categorías. En estos ítems el Manual indica que se debe registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico. El rango de las puntuaciones va desde cero a sesenta y tres puntos. En base a los resultados, cuanto más alta es la puntuación, mayor es la

severidad de los síntomas depresivos que presenta el paciente. Esto permite distinguir cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

### *3.6.11. Corrección*

Es importante señalar preliminarmente que el manual no contiene un baremo que describa una interpretación del resultado obtenido. En este caso, la estrategia que se emplea de manera frecuente para la interpretación de la puntuación consiste en su comparación con tres puntos de corte y su consecuente clasificación en una de cuatro categorías. Sanz y Vázquez (2011) y otras publicaciones de los adaptadores de la prueba, que figuran en la lista de referencias del Manual, ofrecen diversos baremos para las poblaciones general española y de estudiantes españoles universitarios.

Para facilitar la interpretación de las puntuaciones se ofrecen tres puntos de corte, que posibilitan la calificación de la depresión del paciente en el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave. La decisión de usar estos u otros puntos de corte se debe basar en las características concretas de la muestra y el propósito que se desea alcanzar con la realización del test. Se advierte al profesional que, si el propósito es evitar en lo posible que casos con depresión no sean detectados, entonces los puntos de corte deben reducirse. Al proceder así se minimizan los falsos negativos y se incrementan los falsos positivos. El Manual no contiene baremos. Los responsables de la adaptación de la prueba, publican algunos modelos de baremos para las poblaciones general española y de estudiantes universitarios. Es de destacar que éstos se pueden encontrar en Sanz y Vázquez (2011) y en otras referencias bibliográficas del Manual.

Se establecen también puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Para finalizar es importante indicar que el tiempo estimado para la aplicación del test en la forma individual y colectiva es de cinco a diez minutos.

# CAPÍTULO IV

## **4.METODOLOGÍA**

### **4.1. Objetivos.**

### **4.2. General**

Indagar la relación entre los niveles de Depresión y Ansiedad Estado - Rasgo en sujetos con obesidad de Argentina, provincia de Buenos Aires, partido de Esteban Echeverría en el año 2021.

### **4.3. Objetivos Específicos**

- Describir variables sociodemográficas.
- Describir niveles de depresión en los participantes.
- Describir niveles de ansiedad estado - rasgo en los participantes.
- Comparar depresión en sujetos normopeso y con obesidad.
- Comparar ansiedad estado - rasgo en sujetos normopeso y con obesidad.
- Comparar ansiedad estado - rasgo y depresión según datos sociodemográficos.
- Asociar ansiedad estado - rasgo y depresión.

### **4.4. Hipótesis**

Existe una relación directamente proporcional entre los niveles de Depresión y Ansiedad Estado - Rasgo en sujetos con obesidad de Argentina, provincia de Buenos Aires, partido de Esteban Echeverría en el año 2021.

#### ***4.5. Justificación y Relevancia***

La obesidad, se considera de forma general como el exceso de tejido adiposo que impide a la persona el goce de una buena salud, constituye uno de los ejes centrales de la presente investigación, dado el impacto que ella está teniendo en la actualidad, no solamente a nivel mundial, sino en Argentina.

Asimismo, en vista de la situación de riesgo, en cuanto a enfermedades que vive la población como producto de la obesidad, se considera pertinente indagar los niveles de depresión y ansiedad estado - rasgo en sujetos obesos y normopeso en Argentina, provincia de Buenos Aires.

En este sentido, el estudio se considera altamente pertinente, dado que la depresión, junto al sobrepeso, repercuten negativamente en niños, adolescentes y adultos debido a la importancia que tiene en la imagen corporal. Es por esto que los problemas emocionales vinculados a ella, pueden estar implicados en la alteración del bienestar de las personas.

##### ***4.5.1. Práctica***

Esta investigación es relevante, ya que los resultados de la misma son de gran utilidad para nuevos diseños y formas de planeación de intervenciones desde una mirada psicológica, donde no solo se tenga en cuenta la ingesta de alimentos excesiva, sino también los aspectos psicológicos que generan o potencian la obesidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

El aporte que se genera desde este trabajo es poder comprender un tipo de malestar relacionado con los constructos psicológicos: ansiedad y depresión, en búsqueda de posibles respuestas vinculadas con la problemática de la obesidad y sus posibles tratamientos.

#### *4.5.2. Teórica*

Por otro lado, las conclusiones de esta investigación aportan conocimientos científicos a la comunidad para seguir sumando a las investigaciones precedentes y a otras áreas como las de la nutrición. A raíz de esta investigación se puede lograr, desde distintas perspectivas profesionales, investigaciones paralelas que motiven a seguir comprendiendo este fenómeno.

#### *4.5.3. Social*

Como meta, esta investigación propone beneficiar a toda la población que padezca de obesidad, tomar conciencia sobre esta problemática y realizar más investigaciones en relación a la misma, para así lograr un cambio en hombres y mujeres que la padezcan. Se busca un bien para esta población y así evitar que la obesidad siga provocando malestar en ellos.

### ***4.6. Tipo de Estudio y Diseño***

Se realiza un plan de investigación cuantitativo de finalidad básica, con datos primarios y secundarios. Utilizando el tipo de estudio denominado *ex post-facto*, el cual permite una búsqueda sistemática y empírica no teniendo el investigador control sobre las variables independientes pues los acontecimientos ya manifiestan o son intrínsecamente manipulables. Es decir, son investigaciones donde el fenómeno o situación objeto de análisis no se modifica pues primero se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias. (Hernández et al., 2006).

#### *4.6.1. Estudio Descriptivo*

El subtipo de estudio es descriptivo, ya que estudia la descripción de fenómenos naturales o debidos a la acción del hombre para conocer de forma sistemática la realidad.

Esto es de vital importancia en los procesos de construcción del conocimiento (Cancela et al., 2010).

#### *4.6.2. Estudio de Desarrollo*

La secuencia temporal de Desarrollo es Transversal. Esta secuencia, según Cancela et al., (2010) mantienen el objetivo de estudiar la incidencia del paso del tiempo en el desarrollo de los sujetos, pero en lugar de efectuar el seguimiento de una muestra de sujetos de la misma edad, se opta por analizar simultáneamente sujetos de diferentes edades de forma que cubran el arco de tiempo propuesto en el estudio. (Cancela et al., 2010).

#### *4.6.3. Estudio Comparativo*

El estudio es comparativo, es decir los análisis estadísticos fundamentalmente implican comparar grupos a través de sus estadísticos más básicos, generalmente las medias. (Cancela et al., 2010).

#### *4.6.4. Estudio Correlacional*

Este tipo de estudio comprende aquellos en los que el investigador está interesado en descubrir o aclarar las relaciones existentes entre las variables más significativas, mediante el uso de los coeficientes de correlación. Estos coeficientes de correlación, son indicadores matemáticos que aportan información sobre el grado, intensidad y dirección de la relación entre variables. El coeficiente más conocido es el denominado producto-momento o coeficiente de *Pearson*. Es un coeficiente bivariado, es decir, que se diseña para correlacionar dos variables y fluctúa entre los valores -1 a +1. Se representa mediante la letra *r*, de Desarrollo que tienen como objeto describir la evolución de las variables durante un periodo determinado de tiempo. Se centran en el análisis de las diferencias asociadas con la edad y los cambios que se producen en los sujetos a lo largo del tiempo. (Cancela et al., 2010).

#### ***4.7. Muestra y Muestreo***

Se toma una muestra no probabilística; es decir, cuando no es posible el diseño Probabilístico. De la población se extrae cada unidad que la integra con una probabilidad conocida, y distinta a cero, o se recurre a las muestras no probabilísticas. (Corbetta, 2007). Se establece un muestreo subjetivo por decisión razonada, las unidades de la muestra se eligen en función de algunas de sus características, el proceso de elección se realiza aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal. (Corbetta, 2007).

La muestra está conformada por hombres y mujeres entre dieciocho y ochenta años, residentes del partido de Esteban Echeverría, Provincia de Buenos Aires. La misma, obtenida durante los meses comprendidos desde: Enero de 2021 a Abril de 2021. Compuesta por un muestreo compuesto por 50% de sujetos normopeso y 50% sujetos con obesidad.

##### *4.7.1. Criterios de selección*

Se tiene en cuenta para la inclusión, el índice de masa corporal (IMC) a partir del cual se divide la muestra en sujetos normopeso y obesos. El IMC corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a  $30 \text{ kg} / \text{m}^2$  se consideran obesas y las personas cuyo cálculo de IMC sea menor a  $30 \text{ kg} / \text{m}^2$  normopeso (OMS, 2001).

##### *4.7.2. Criterios de exclusión*

Se tienen en cuenta para la exclusión que los entrevistados sean menores de dieciocho años y mayor de ochenta años.

#### **4.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

Se utiliza un instrumento que evalúa los datos sociodemográficos, como el de IMC (Índice de masa corporal) y las escalas STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Leshene, 1997) y BDI-II, Inventario de depresión de Beck (Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown).

##### **4.8.1. Instrumentos**

Cuestionario de ansiedad estado/rasgo (STAI) (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Leshene, 1997): en su versión traducida y adaptación al castellano por Bermúdez, (1977). El STAI comprende dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad: *La ansiedad como estado* (A/E), condición emocional transitoria que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad; y *La ansiedad como rasgo* (A/R), propensión ansiosa relativamente estable, que permanece latente hasta que es activada por algún estímulo situacional.

La escala A/E consta de veinte frases que solicitan al individuo que describa cómo se siente *ahora mismo, en este momento*, con cuatro alternativas de respuesta que oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). La escala A/R consta igualmente de veinte expresiones que exigen que la persona se describa acerca de cómo se siente *en general, en la mayoría de las ocasiones*, eligiendo una entre las cuatro alternativas de respuesta, también entre cero y tres, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). La frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). (Spielberger, et al., 1997).

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los veinte ítems correspondientes. La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre cero y sesenta puntos.

En la escala A/E existen diez elementos que son afirmativos de ansiedad y diez negativos de la misma, estos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, y se invierte la puntuación asignada a la intensidad. En la escala A/R existen 13 elementos que son afirmativos de ansiedad y siete negativos de la misma, estos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39, por lo que es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación.

Sobre fiabilidad, el STAI tiene, en general, buenos resultados tanto en su versión original como en la adaptada a nuestra población.

En relación con los hallazgos españoles TEA, (1986), se obtiene una buena consistencia interna, entre 0,90 y 0,93 en la A/E y entre 0,84 y 0,87 en A/R; estos índices se asemejan a los que se reportan en estudios originales, entre 0,83 y 0,92. (Spielberger, et al., 1970). Al hallar la fiabilidad por el procedimiento de las dos mitades, pares e impares, los coeficientes obtenidos son similares a los anteriores: 0,94 en A/E y 0,86 en A/R. Cuando se han realizado análisis de test-retest con diferentes intervalos de tiempo, también se han hallado elevados índices de fiabilidad, sobre todo en la variable rasgo, en estudios originales entre 0,73 y 0,86; mientras que la fiabilidad de A/E afecta por el sexo y la situación cuando se intenta una aplicación retest en estudios originales entre 0,16 y 0,31 en mujeres y entre 0,33 y 0,54 en varones.

El Inventario de Depresión de Beck-II en su versión adaptada al castellano por Sanz y Vázquez, (2011), en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Instrumento de autoinforme compuesto por veintiún ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes a partir de los trece años. (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

La puntuación del BDI-II se determina mediante la suma de las acciones para los 21 ítems. Cada ítem es evaluado según una escala de cuatro puntos, de cero a tres. Se establecen puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de cero hasta tres. La puntuación es la suma de las respuestas a los veinte ítems. Si una persona elige varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación

más alta. También se puntúan de cero a tres los ítems dieciséis y dieciocho, que tienen siete categorías.

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados, superiores a 0.85 y similares a los que se reportan en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II. En un estudio realizado con el test original se devela una correlación test-retest muy elevada (0,93). La muestra está formada por veintiséis pacientes y el intervalo entre aplicaciones es de una semana.

#### *4.8.2. Cuestionario de Variables Sociodemográficas*

Preguntas sociodemográficas en relación al sexo, edad, peso, altura, nivel de educación, si trabaja o no, si realiza actividad física y diagnóstico psiquiátrico.

#### **4.9. Procedimientos**

Los participantes responden voluntariamente, de forma anónima, un cuestionario auto-administrado por un lado enviado y recibido por plataforma google form.

Los datos recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión veinte.

# CAPÍTULO V

## 5.RESULTADOS

### 5.1.Descripción de la muestra según datos sociodemográficos.

#### 5.1.1.Según Sexo

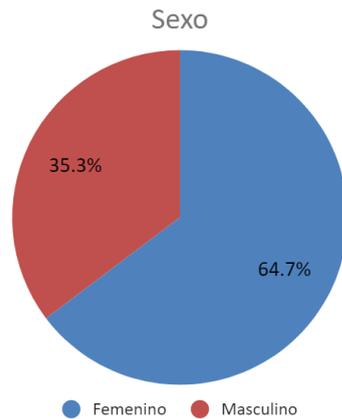


Gráfico 1. Sexo

Del total de la muestra, compuesta por 238 casos, 154 fueron sujetos femeninos representando el 64,7% y 84 masculinos, representando el 35,3%.

#### 5.1.2. Según Edad

Media	46
Mediana	46
Moda	33
Minimo	18
Maximo	77

Tabla 1. Medidas de tendencia central y Dispersión en Edad.

Del total de la muestra se observa que la media, es decir el promedio de edad, es de 46 años. La mediana, valor que divide a la media en dos, es de 46 años. La moda, valor que se repite más, es de 33 años. Por otro lado, la edad mínima es de 18 años y la máxima de 77 años.

### 5.1.3. Índice de masa corporal

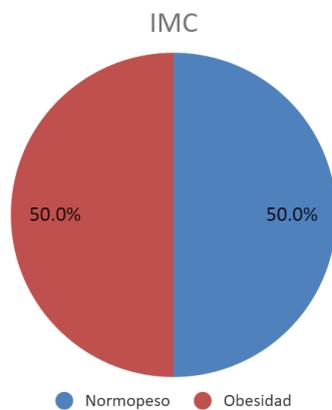


Gráfico 2. Índice de masa corporal

Del total de la muestra, el 50% de los participantes es normopeso y el 50% tiene obesidad.

### 5.1.4. Según trabajo

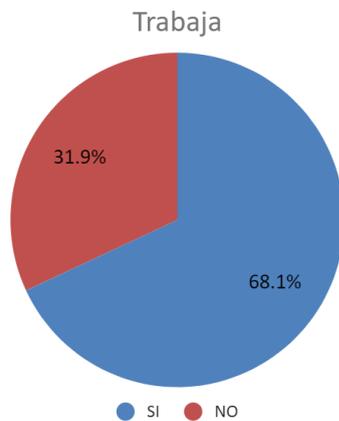


Gráfico 3. Trabajo

Del total de la muestra 76 sujetos no trabajan, representando el 31,9% y 162 si lo hacen, representando el 68,1%.

### 5.1.5. Según actividad física

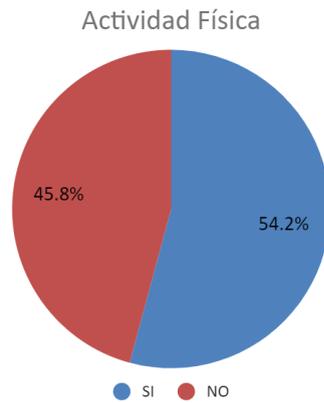


Gráfico 4. Actividad Física

Del total de la muestra compuesto por 238 sujetos, 109 no realiza actividad física (45,8%) y 129 si lo hace (54,2%).

### 5.1.6. Según Diagnóstico Psiquiátrico

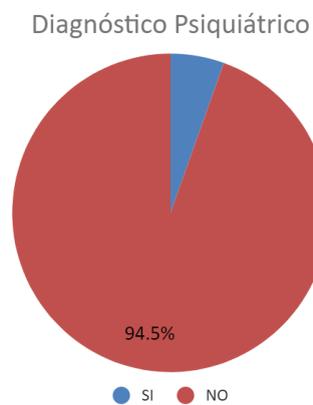


Gráfico 5. Diagnóstico psiquiátrico

Del total de la muestra, solo el 5,5% posee diagnóstico psiquiátrico. Los mismos son depresión, ansiedad y trastorno alimenticio.



Gráfico 5 bis. Trastorno Psiquiátrico.

Del total de la muestra, el 3,4% padece depresión, el 1,7% padece ansiedad, el 0,4% padece Trastorno alimenticio y el 94,5% ninguno.

## 5.2. Descripción de la muestra según sus variables.

### 5.2.1. Depresión

**Estadísticos**

Suma de BDIII

N	Válidos	238
	Perdidos	1
Media		10.82
Mediana		8.00
Moda		10
Desv. típ.		8.555
Asimetría		1.565
Error típ. de asimetría		.158
Curtosis		3.218
Error típ. de curtosis		.314
Mínimo		0
Máximo		46
Suma		2574

Tabla 2. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Depresión.

En la tabla que antecede se observan medidas de tendencia central: Media o promedio 10.82, lo que significa depresión mínima (0-13). Mediana 8.00 y el valor más repetido, es

decir la Moda de 10. Se observan medidas de dispersión: Desvío típico (cuánto se aleja un sujeto de la media) 8.55. Mínimo (valor mínimo de la variable) de 0 y Máximo (valor máximo de la variable) 46. Por último se observan medidas de distribución: Curtosis (tonalidad o intensidad de la curva) de 3.21 y Asimetría hacia la derecha (como se agrupan los valores respecto de la media) de 1.56.

**Pruebas de normalidad**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Suma de BDIII	.147	238	.000	.872	238	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 3. Prueba de normalidad de Depresión.

El PN o prueba de normalidad en Depresión es de 0.000. Siendo ésta menor a 0.05, se concluye que la variable se distribuye en forma anormal sobre la base, por lo que se utilizarán más adelante pruebas no paramétricas.

### 5.2.2. Ansiedad Estado

**Estadísticos**

Suma Stai AE

N	Válidos	238
	Perdidos	1
Media		26.86
Mediana		27.00
Moda		31
Desv. típ.		5.198
Asimetría		-.174
Error típ. de asimetría		.158
Curtosis		-.662
Error típ. de curtosis		.314
Mínimo		15
Máximo		39
Suma		6393

Tabla 4. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Ansiedad Estado.

En la tabla que antecede se observan medidas de tendencia central: Media o promedio 26.86, lo que significa Ansiedad Estado moderada (20-28). Mediana 27.00 y el valor más repetido, es decir la Moda de 31. Se observan medidas de dispersión: Desvío típico (cuánto se aleja un sujeto de la media) 5.19. Mínimo (valor mínimo de la variable) de 15 y Máximo (valor máximo de la variable) 39. Por último se observan medidas de distribución: Curtosis (tonalidad o intensidad de la curva) de -0.66 y Asimetría hacia la izquierda (como se agrupan los valores respecto de la media) de -0.17.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Suma Stai AE	.097	238	.000	.980	238	.002

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 5. Prueba de normalidad en Ansiedad Estado.

El PN o prueba de normalidad en Ansiedad Estado es de 0.002. Siendo ésta menor a 0.05, se concluye que la variable se distribuye en forma anormal sobre la base, por lo que se utilizarán más adelante pruebas no paramétricas.

### 5.2.3. Ansiedad Rasgo

Suma STAI AR		
N	Válidos	238
	Perdidos	1
Media		27.04
Mediana		26.00
Moda		25
Desv. típ.		4.920
Asimetría		.174
Error típ. de asimetría		.158
Curtosis		-.294
Error típ. de curtosis		.314
Mínimo		14
Máximo		39
Suma		6435

Tabla 6. Medidas de tendencia central, Dispersión y Distribución en Ansiedad Rasgo.

En la tabla que antecede se observan medidas de tendencia central: Media o promedio 27.04, lo que significa Ansiedad Estado moderada (20-28). Mediana 26.00 y el valor más repetido, es decir la Moda de 25. Se observan medidas de dispersión: Desvío típico (cuánto se aleja un sujeto de la media) 4.92. Mínimo (valor mínimo de la variable) de 14 y Máximo (valor máximo de la variable) 39. Por último se observan medidas de distribución: Curtosis (tonalidad o intensidad de la curva) de -0.29 y Asimetría hacia la derecha (como se agrupan los valores respecto de la media) de 0.17.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Suma STAI AR	.113	238	.000	.984	238	.008

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7. Prueba de normalidad en Ansiedad Rasgo.

El PN o prueba de normalidad en Ansiedad Rasgo es de 0.008. Siendo ésta menor a 0.05, se concluye que la variable se distribuye en forma anormal sobre la base, por lo que se utilizarán más adelante pruebas no paramétricas.

### 5.3. Comparación de las variables según sujetos obesos o normopeso.

#### 5.3.1. Depresión en sujetos con y sin obesidad.

	Suma de BDI-II
U de Mann-Whitney	5550.000
W de Wilcoxon	12690.000
Z	-2.887
Sig. asintót. (bilateral)	.004

a. Variable de agrupación: Posee obesidad si o no

Tabla 8. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Depresión y Obesos-Normopeso.

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.004. Al ser éste, menor a 0.05, la relación es estadísticamente significativa, lo que significa que hay diferencia entre las variables, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

	Posee obesidad si o no	N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma de BDIII	No posee	119	106.64	12690.00
	Posee	119	132.36	15751.00
	Total	238		

*Tabla 9. Rango promedio para Obesos-Normopeso.*

En la tabla que precede, se observan los rangos: 106.64 para sujetos que no poseen obesidad (normopeso) y 132.36 para sujetos con obesidad. La diferencia es significativa y expresa que los sujetos con obesidad tienen un promedio más alto de depresión.

*5.3.2. Ansiedad Estado en sujetos con y sin obesidad.*

	Suma Stai AE
U de Mann-Whitney	6921.500
W de Wilcoxon	14061.500
Z	-.300
Sig. asintót. (bilateral)	.764

a. Variable de agrupación: Posee obesidad si o no

*Tabla 10. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Estado y Obesos-Normopeso.*

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.764. Al ser éste, mayor a 0.05, la relación no es estadísticamente significativa, lo que significa que no hay diferencia entre las variables, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Rangos				
Posee obesidad si o no		N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma Stai AE	No posee	119	118.16	14061.50
	Posee	119	120.84	14379.50
	Total	238		

Tabla 11. Rango promedio para Obesos-Normopeso.

Los rangos expresados para sujetos normopeso son de 118.16 y para sujetos con obesidad 120.84. La diferencia no es significativa.

### 5.3.3. Ansiedad Rasgo en sujetos con y sin obesidad.

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>	
	Suma STAI AR
U de Mann-Whitney	6254.000
W de Wilcoxon	13394.000
Z	-1.560
Sig. asintót. (bilateral)	.119

a. Variable de agrupación: Posee obesidad si o no

Tabla 12. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Rasgo y Obesos-Normopeso.

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.119. Al ser éste, mayor a 0.05, la relación no es estadísticamente significativa, lo que significa que no hay diferencia entre las variables, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

Rangos				
Posee obesidad si o no		N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma STAI AR	No posee	119	112.55	13394.00
	Posee	119	126.45	15047.00
	Total	238		

Tabla 13. Rango promedio para Obesos-Normopeso.

Los rangos expresados para sujetos normopeso son de 112.55 y para sujetos con obesidad 126.45. La diferencia no es significativa.

#### 5.3.4. Depresión según Sexo.

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Suma de BDIII
U de Mann-Whitney	6351.000
W de Wilcoxon	9921.000
Z	-.231
Sig. asintót. (bilateral)	.817

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 14. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Depresión y Sexo.

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.817. Al ser éste, mayor a 0.05, la relación no es estadísticamente significativa, lo que significa que no hay diferencia entre las variables, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

**Rangos**

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma de BDIII	FEMENINO	154	120.26	18520.00
	MASCULINO	84	118.11	9921.00
	Total	238		

Tabla 15. Rango promedio para Sexo.

Los rangos expresados para sexo femenino son de 120.26 y para sexo masculino son de 118.11. La diferencia no es significativa.

### 5.3.4. Ansiedad Estado según Sexo.

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Suma Stai AE
U de Mann-Whitney	5613.500
W de Wilcoxon	17548.500
Z	-1.687
Sig. asintót. (bilateral)	.092

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 16. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Estado y Sexo.

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.092. Al ser éste, mayor a 0.05, la relación no es estadísticamente significativa, lo que significa que no hay diferencia entre las variables, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

**Rangos**

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma Stai AE	FEMENINO	154	113.95	17548.50
	MASCULINO	84	129.67	10892.50
	Total	238		

Tabla 17. Rango promedio para Sexo.

Los rangos expresados para sexo femenino son de 113.95 y para sexo masculino son de 129.67. La diferencia no es significativa.

### 5.3.5. Ansiedad Rasgo según Sexo.

**Estadísticos de contraste<sup>a</sup>**

	Suma STAI AR
U de Mann-Whitney	6244.500
W de Wilcoxon	18179.500
Z	-.442
Sig. asintót. (bilateral)	.659

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 18. Prueba no paramétrica: U de mann - Whitney para Ansiedad Rasgo y Sexo.

La tabla que antecede expresa un resultado de sig. 0.659. Al ser éste, mayor a 0.05, la relación no es estadísticamente significativa, lo que significa que no hay diferencia entre las variables, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Suma STAI AR	FEMENINO	154	118.05	18179.50
	MASCULINO	84	122.16	10261.50
	Total	238		

*Tabla 19. Rango promedio para Sexo.*

Los rangos expresados para sexo femenino son de 118.05 y para sexo masculino son de 122.16. La diferencia no es significativa.

#### **5.4. Correlaciones entre variables**

##### *5.4.1. Depresión y Ansiedad Estado*

			Suma de BDIII	Suma Stai AE
Rho de Spearman	Suma de BDIII	Coefficiente de correlación	1.000	-.302**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	238	238
	Suma Stai AE	Coefficiente de correlación	-.302**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	238	238

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*Tabla 20. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado.*

En tabla se observa sig 0,000. Este resultado es menor a 0,05, lo que demuestra que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay

relación entre las mismas, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente de relación -0.302 se trata de una correlación en forma indirectamente proporcional (a medida que sube (Depresión, baja Ansiedad Estado y viceversa).

#### 5.4.2. Depresión y Ansiedad Rasgo

<b>Correlaciones</b>			Suma de BDIII	Suma STAI AR
Rho de Spearman	Suma de BDIII	Coeficiente de correlación	1.000	.239**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	238	238
	Suma STAI AR	Coeficiente de correlación	.239**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	238	238

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 21. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo.

En tabla se observa sig 0,000. Este resultado es menor a 0,05, lo que demuestra que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay relación entre las mismas, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente de relación 0.239 se trata de una correlación en forma directamente proporcional (a medida que sube Depresión, sube Ansiedad Rasgo y viceversa).

## 5.5. Correlación entre variables segmentada por grupos (obesos y normopeso).

### 5.5.1. Depresión y Ansiedad Estado en sujetos con obesidad.

Correlaciones				Suma Stai AE	Suma de BDIII
		Posee obesidad si o no			
Rho de Spearman	Suma Stai AE	Posee	Coefficiente de correlación	1.000	-.310**
			Sig. (bilateral)	.	.001
			N	119	119
	Suma de BDIII	Posee	Coefficiente de correlación	-.310**	1.000
			Sig. (bilateral)	.001	.
			N	119	119

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 22. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado y Obesidad.

En la tabla se observa sig 0,001 menor a 0,05 lo que indica que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay relación entre las variables, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente -0.310 su correlación es indirectamente proporcional (a medida que sube Depresión, baja Ansiedad Estado y viceversa en sujetos con obesidad).

### 5.5.2. Depresión y Ansiedad Rasgo en sujetos con obesidad.

Correlaciones				Suma de BDIII	Suma STAI AR
		Posee obesidad si o no			
Rho de Spearman	Suma de BDIII	Posee	Coefficiente de correlación	1.000	.326**
			Sig. (bilateral)	.	.000
			N	119	119
	Suma STAI AR	Posee	Coefficiente de correlación	.326**	1.000
			Sig. (bilateral)	.000	.
			N	119	119

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 23. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo y Obesidad.

En la tabla se observa sig 0,000 menor a 0,05 lo que indica que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay relación entre las variables, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente 0.326 su correlación es directamente proporcional (a medida que sube Depresión, sube Ansiedad Rasgo y viceversa en sujetos con obesidad).

5.5.3. Depresión y Ansiedad Estado en sujetos normopeso.

Correlaciones			Suma de BDIII	Suma Stai AE
Rho de Spearman	Suma de BDIII	Coefficiente de correlación	1.000	-.310**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	119	119
	Suma Stai AE	Coefficiente de correlación	-.310**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	119	119

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 24. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Estado y Normopeso.

En la tabla se observa sig 0,001 menor a 0,05 lo que indica que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay relación entre las variables, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente -0.310 su correlación es indirectamente proporcional (a medida que sube Depresión, baja Ansiedad Estado y viceversa en sujetos normopeso).

5.5.4. Depresión y Ansiedad Rasgo en sujetos normopeso.

Correlaciones			Suma de BDIII	Suma STAI AR
Rho de Spearman	Suma de BDIII	Coefficiente de correlación	1.000	.326**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	119	119
	Suma STAI AR	Coefficiente de correlación	.326**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	119	119

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 25. Prueba no paramétrica: Rho de Spearman para Depresión- Ansiedad Rasgo y Normopeso.

En la tabla se observa sig 0,000 menor a 0,05 lo que indica que hay relación estadísticamente significativa entre las variables, lo que significa que hay relación entre las variables, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Según coeficiente 0.3269 su correlación es directamente proporcional (a medida que sube Depresión, sube Ansiedad rasgo y viceversa en sujetos normopeso).

En ambos grupos (sujetos con obesidad y normopeso) las relaciones entre Depresión y Ansiedad Estado son iguales (indirectamente proporcionales). Lo mismo sucede en los sujetos con obesidad y normopeso en la relación entre Depresión y Ansiedad Rasgo, donde existe una correlación directamente proporcional.

# CAPÍTULO VI

## 6. DISCUSIÓN

La muestra de esta investigación está conformada por hombres y mujeres de la provincia de Buenos Aires que fueron segmentados en dos grandes grupos: 50% son sujetos con obesidad y 50% sujetos con normopeso. Entendiendo como sujetos con obesidad aquellos que su IMC sea 30 o más y Normopeso aquellos que su IMC sea menor a 30. (OMS, 2001). El promedio de edad es de 46 años y varía de 18 a 77. En línea general, no hubo datos relevantes en relación a si trabaja o no, o si realiza actividad física o no, ya que los valores son muy parejos. Sin embargo, cabe destacar que al momento de mencionar diagnósticos psiquiátricos a quienes contestaron que sí poseían, observamos tres únicas respuestas: Ansiedad, Depresión y Trastorno Alimenticio, lo que coincide mayormente con los puntos que este trabajo se propone investigar.

El presente estudio tiene como finalidad última indagar la relación entre los niveles de Depresión y Ansiedad Estado - Rasgo en sujetos con obesidad del partido de Esteban Echeverría, Buenos Aires, Argentina en 2021. En función de esto, se orienta la investigación a caracterizar la muestra según datos sociodemográficos, identificando y describiendo los niveles de las variables antes mencionadas, para así poder comparar estos resultados en relación al sexo y su IMC. A continuación, la segmentación de los grupos permite distinguir diferencias entre los grupos y su relación entre las variables.

En primera instancia, los resultados del proceso de evaluación de la muestra en general dan cuenta de una media para Depresión de 10.82, indicando de esta manera un índice de depresión mínima (0-13). Según Sanz y Vazquez, (2011) existen cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. En cuanto a esta variable, se encuentran diferencias significativas cuando se realiza la comparación de grupos (obesos y normopeso). En este caso, los sujetos con obesidad muestran un rango de 132.36 y los sujetos normopeso 106.64. Esto indicaría una diferencia que, aunque es pequeña, muestra coincidencias con la investigación de Calderon (2010) donde los resultados revelaron que los sujetos que presentaban obesidad severa mostraban más problemas psicológicos que aquellos que presentaban obesidad leve o moderada, entre ellos la Depresión con un 11%.

En cuanto a la media de Ansiedad - Estado, se observa un nivel moderado (20-28) con un valor de 26.86 según corrección en Spielberger et al., (1970). Si bien el valor de resultado es moderado, en la comparación de grupos no se observan diferencias significativas. Aquí los

resultados giran en distinta dirección a lo que menciona Sanchez, (2012) cuando expresa que existe evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre la conducta alimentaria es más fuerte en las personas obesas que en las no obesas.

Lo mismo ocurre con Ansiedad - Rasgo, donde la media es 27.04, lo que representa un nivel moderado (20-28) y en relación a los grupos no presenta diferencias significativas. Lo cual contradice el estudio de Salazar, (2016) donde los resultados indicaron que los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes del área de salud predisponen el sobrepeso y la obesidad.

En segunda instancia, a partir de las pruebas de diferencias de medias (U de Mann\_Whitney) los datos ofrecen información de las características intragrupalas de los participantes. La comparación de las variables antes mencionadas en relación a Sexo, dan cuenta de la inexistencia de diferencias. Nuevamente, este resultado dista del obtenido en la investigación de Rios, (2008) donde se encontraron diferencias según sexo, siendo mayor en mujeres que en hombres.

En tercera instancia, cuando se indagan las correlaciones se observa un sig. de  $0.000 < a 0.05$  lo que representa una relación estadísticamente significativa entre Depresión y Ansiedad - Estado. Esta relación, según coeficiente  $-0.302$ , es indirectamente proporcional, lo que indica que cuando sube Depresión, baja Ansiedad - Estado y viceversa (correlación negativa) Por otro lado, en el estudio de Reyes, (2015) los resultados obtenidos indicaron que la misma correlación es positiva. Ahora bien, habiendo dividido la muestra según IMC, en el presente trabajo se observa que esta relación (negativa) no presenta diferencias con respecto a sujetos con obesidad y sujetos normopeso. Nuevamente, no coincide con las investigaciones anteriores.

En cuanto a los valores obtenidos en la correlación de Depresión Ansiedad - Rasgo, se observa un sig. de  $0.000 < a 0.05$ , lo que representa que existe relación estadísticamente significativa. En este caso, según coeficiente  $0.239$ , es directamente proporcional (correlación positiva), indicando que cuando sube Depresión, sube Ansiedad - Rasgo y viceversa coincidiendo ahora si con Reyes, (2015). Sin embargo, en la división de la muestra según IMC, observamos que no existen diferencias.

En síntesis, si bien los resultados arrojan diferencias en las correlación según se asocie Depresión a Ansiedad - Estado o a Ansiedad - Rasgo, es relevante destacar que no se encontraron diferencias en relación a si el sujeto posee obesidad o posee normopeso.

# CAPÍTULO VII

## 7. CONCLUSIÓN

Como conclusión, la hipótesis de que existe una relación directamente proporcional entre los niveles de Depresión y Ansiedad Estado - Rasgo en sujetos con obesidad es refutada. Esto se debe a que en principio existen dos relaciones posibles en función de si se trata de asociar Depresión - Ansiedad Estado o Depresión - Ansiedad Rasgo. Resultando estas dos asociaciones una indirectamente proporcional y la otra directamente proporcional. Por otro lado, el grupo de sujetos con obesidad, no presentó diferencias con respecto al grupo de sujetos normopeso, lo que indicaría que la hipótesis de la relación no se circunscribiría sólo al primer grupo.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo podrían ser explicados en relación a varios aspectos. Al igual que otros estudios vistos en el capítulo de antecedentes, la muestra de este podría ser más representativa, es decir, contar con más datos para poder ser más fidedigna de una zona geográfica tan extensa como lo es Gran Buenos Aires, Argentina. Sin embargo, fue relevante observar qué resultados arrojaría este estudio, dado que los resultados antecedentes eran de otros países de Latinoamérica.

Por otro lado, el contexto actual de la pandemia mundial de Covid -19, podría haber sido condicionante en la medición de las variables propuestas.

En futuros estudios sería interesante indagar junto a las variables propuestas en esta investigación, la relación con Trastornos de la alimentación y Autopercepción de la imagen para así poder ampliar el espectro de la información obtenida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A., Cairo, E. & Rojas, R. (2003). *Psicodiagnóstico. Selección de Lecturas*. La Habana: Félix Varela
- Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B. (2000). *Obesidad: epidemia del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Nueva York: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A. (1983/2003). *Terapia cognitiva de la depresión (15a ed.)*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Bedini, S. (2013) ¿Qué es la ansiedad? Recuperado de <http://suite101.net/article/que-es-la-ansiedad-a24933#.VyaVN9ThDIU>.
- Benjet, C., Borges, G., Medina Mora, M. E., Mendez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencia de sexo en la prevalencia y severidad de transtornos psiquiatricos en adolescentes de la Ciudad de Mexico. *Salud Mental, vol 32: 155-163*.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Revista Salud Pública de México, 47 (1), S4-S11*.
- Bobadilla, S. & López, A. (2014). Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del instituto Mexicano del Seguro Social, 52 (4), pp 408-414*.

- Cancela, R., Cea, N., Gabildo, G. & Valilla, S. (2010). Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Calderón, C., Forns, M. & Varea, V. (2010). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *Revista Anales de Pediatría*, 71 (6), pp 489-494.
- 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), pp 641-647.
- Carpenter, K., Hasin, D., Allison, D. & Faith, M. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 90, pp 251-257.
- Castillo, A., García, M. & Guzmán, M. (2010). Factores Psicosociales relacionados con la obesidad. (trabajo de investigación). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto, México.
- Czernik, G, Giménez, N, Almirón, L. & Larroza, G. (2006). Ansiedad Rasgo-Estado en una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia (Chaco) recuperado de <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-000.htm>
- Conti, N. A. (2007). Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad.
- Corbetta, P. (2007). Metodologías y Técnicas de Investigación Social. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

Cordella, P. (2008). ¿Incluir la obesidad en el Manual de enfermedades mentales (DSM \_IV)? *Revista chilena de nutrición*. 35 (3), pp 181-722.

Díaz, D. & Enríquez, D. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo Son*. 24(1): 22-26.

García - Falconi, R. G. (2016). Ansiedad, depresión y hábitos alimentarios y actividad en niños con sobrepeso y obesidad. *Revista Horizonte sanitario*, vol15(2):91-97.

González E, S. & Valdez, J. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Revista Psicología y Salud*, vol. 15(2). 102-156.

Gutierrez Sanchez, G., Avila Alpirez, H., Martinez Aguilar, M., Ruiz Cerino, J. M. & Guerra Ordonez, J. A. (2017). Ansiedad como factor asociado a la obesidad en adolescentes. *Journal Health NPEPS*, vol. 2(2): 302-314.

Márquez, M. (2007). Hacia una lectura neuropsicológica de los síntomas y los mecanismos etiopatogénicos del trastorno de ansiedad generalizada. *Revista argentina de clínica psicológica XVI*, (1), 35-38.

Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista médica Clin. Condes*. 2012, 23(2), pp 124-128.

Muñoz, A. (2015). ¿Qué es la ansiedad? Recuperado de <https://tuguiadepsicologia.wordpress.com/2015/01/27/como-funciona-la-ansiedad/>

Levitt, E. (1967). *The psychology of anxiety*. New York: Bobbs- Merrill.

OMS (2001) Centro de prensa: Depresión. Recuperado el 30 de Enero de 2020, desde <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/details/depression/>

OMS (2003) Temas de salud: Depresión. Recuperado el 03 de Julio de 2020, desde <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OMS (2014) Centro de prensa: obesidad y sobrepeso. Recuperado el 25 de Mayo de 2015, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Parodi, C. A. (2015). Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3): 63-73.

Pinaquy, S., Chabrol, H., Simón, C., Louvet, JP. & Barbe, P. (2011). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-eating disorder in obese women. *Obesity research*. 11 (2), pp 195-201.

Quispe Díaz, M. (2009). Ansiedad en la adolescencia. (Monografía de la carrera de Psicología). Universidad Privada Sergio Vallejo. Nuevo Chimbote, Perú. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/16206162/Ansiedad-en-La-Adolescencia>

Reyes Brites, L., Bentacur Lusto, J. & Samaniego Pinho, A. (2015). Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 6 (1), pp 38-48.

Ries, F. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de psicología del deporte*. 12(2), pp 9-16.

- Rios Martínez, B., Rodríguez, G., Álvarez, R., González, F., Wiella, G. R., Millán, J. & Ochoa, K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 6(4), pp 147-153.
- Riveros, M., Hernández, H. & Rivera, J. (2007). Niveles de Depresión y Ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI*, 10(1), 91-102.
- Sanz, J. & Vazquez, C. (2011). Beck depression Inventory - second edition (BDI-II). España: Pearson educación, SA.
- Salazar, D., Castillo, T., Durango, P., del Pilar, M., Tejada, L., Lucio, P. & Gabriela, A. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), pp 99-113.
- Sánchez Benito, J. L. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutr. Hosp.* 27(6), pp 2148-2150.
- Sánchez G., Alpirez H.A, Aguilar M., Cerino J. & Ordoñez J. (2017). Ansiedad como factor asociado a la obesidad en adolescentes. *Journal Health NPEPS.*, 2 (2), pp 302-314.
- Silvestri, E. (2005). Aspectos psicológicos de la Obesidad. Importancia de su identificación dentro de un enfoque interdisciplinario (tesis de posgrado en obesidad para optar al título de doctor de nutrición). Universidad de Favaloro, Córdoba, Argentina.

Sierra, J.C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e subjetividades / Fortaleza*. 2003, 3 (1), pp 10-59. Recuperado de <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1159/3435>

Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de. (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Madrid: TEA

United State Department of Health and Human Services. (DHHS). (1999). Mental health: report of the Surgeon General. Washington, DC.

Wade, T. J., Cairney, J. & Pvalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 190-198.

Warren, H.C. (2005). Diccionario de Psicología. 8th ed. Washington: AARP.

# ANEXO

### *Consentimiento informado*

Ha sido invitado a participar en esta investigación con fines académicos, la misma es realizada por BOSQUE, GUADALUPE INES. El propósito es INDAGAR LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN SUJETOS CON OBESIDAD.

Si acepta participar en esta investigación, le pedimos que conteste la siguiente batería de tests, que tomará aproximadamente 20 minutos.

Su identidad será protegida con códigos y nombres ficticios en el manejo, análisis e interpretación de los datos. Toda la información o datos que podrían identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente la investigadora que participa en la investigación y los/as profesores/as que la dirigen tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Si has leído este documento y has decidido participar, por favor entiende que tu participación es completamente voluntaria y que tienes derecho a abstenerse de participar o retirarte del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También, tienes derecho a no contestar alguna pregunta en particular, así como recibir una copia de este documento.

NOMBRES.....

APELLIDO.....

Firma y aclaración.....

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con ([guadalupebosque@yahoo.com.ar](mailto:guadalupebosque@yahoo.com.ar))

***Datos Sociodemográficos***

Sexo: F M

Edad:

Peso:

Altura:

Nivel de educación:

- Primaria en curso
- Primaria completa
- Secundaria en curso
- Secundaria completa
- Universitaria en curso
- Universitaria completa

Trabaja: SÍ NO

Realiza actividad física: SÍ NO

Diagnóstico psiquiátrico: SÍ NO

Describe cuál .....

## STAI A-E

### Lea atentamente las instrucciones

A continuación va encontrarse con una serie de frases que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo SE SIENTE EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted ahora.

**RECUERDE = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE**

1- Me siento calmado	0	1	2	3
2- Me siento seguro	0	1	2	3
3- Me siento tenso	0	1	2	3
4- Estoy contrariado	0	1	2	3
5- Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6- Me siento alterado	0	1	2	3
7- Estoy ahora preocupado por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8- Me siento descansado	0	1	2	3
9- Me siento angustiado	0	1	2	3
10- Me siento confortable	0	1	2	3
11- Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12- Me siento nervioso	0	1	2	3
13- Estoy desasosegado	0	1	2	3
14- Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15- Estoy relajado	0	1	2	3
16- Me siento satisfecho	0	1	2	3
17- Estoy preocupado	0	1	2	3
18- Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19- Me siento alegre	0	1	2	3
20- En este momento me siento bien	0	1	2	3

## STAI A-R

### Lea atentamente las instrucciones

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que mejor indique cómo SE SIENTE USTED HABITUALMENTE, EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

**RECUERDO = 0 CASI NUNCA, 1 A VECES, 2 A MENUDO, 3 CASI SIEMPRE**

21- Me siento bien	0	1	2	3
22- Me canso rápidamente	0	1	2	3
23- Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24- Me gustaria ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26- Me siento descansado	0	1	2	3
27- Soy una persona tranquila, serena, sosegada	0	1	2	3
28- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30- Soy feliz	0	1	2	3
31- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32- Me falta confianza en mi mismo	0	1	2	3
33- Me siento seguro	0	1	2	3
34- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35- Me siento triste (melancolico)	0	1	2	3
36- Estoy satisfecho	0	1	2	3
37- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38- Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39- Soy una persona estable	0	1	2	3
40- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

## *BDI - II*

Instrucciones: este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igual de atractivos marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de un grupo, incluyendo el ítem 16 (hábitos del sueño) y el ítem 18 (cambios de apetito).

<p><b>1 TRISTEZA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No me siento triste</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Me siento triste gran parte de tiempo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Estoy triste todo el tiempo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo</td></tr> </table>	0	No me siento triste	1	Me siento triste gran parte de tiempo	2	Estoy triste todo el tiempo	3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	<p><b>6 SENTIMIENTO DE CASTIGO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No me siento que esté siendo castigado</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Siento que puedo ser castigado</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Espero ser castigado</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Siento que estoy siendo castigado</td></tr> </table>	0	No me siento que esté siendo castigado	1	Siento que puedo ser castigado	2	Espero ser castigado	3	Siento que estoy siendo castigado
0	No me siento triste																
1	Me siento triste gran parte de tiempo																
2	Estoy triste todo el tiempo																
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo																
0	No me siento que esté siendo castigado																
1	Siento que puedo ser castigado																
2	Espero ser castigado																
3	Siento que estoy siendo castigado																
<p><b>2 PESIMISMO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No estoy desalentado respecto a mi futuro</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>No espero que las cosas funcionen para mí</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Siento que no hay una esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar</td></tr> </table>	0	No estoy desalentado respecto a mi futuro	1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo	2	No espero que las cosas funcionen para mí	3	Siento que no hay una esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar	<p><b>7 INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>Siento lo mismo que antes sobre mí mismo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>He perdido confianza en mí mismo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Estoy decepcionado conmigo mismo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>No me gusto</td></tr> </table>	0	Siento lo mismo que antes sobre mí mismo	1	He perdido confianza en mí mismo	2	Estoy decepcionado conmigo mismo	3	No me gusto
0	No estoy desalentado respecto a mi futuro																
1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo																
2	No espero que las cosas funcionen para mí																
3	Siento que no hay una esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar																
0	Siento lo mismo que antes sobre mí mismo																
1	He perdido confianza en mí mismo																
2	Estoy decepcionado conmigo mismo																
3	No me gusto																
<p><b>3 SENTIMIENTO DE FRACASO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No me siento como un fracaso</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>He fracasado más de lo que hubiera debido</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Siento que como persona soy un fracaso total</td></tr> </table>	0	No me siento como un fracaso	1	He fracasado más de lo que hubiera debido	2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos	3	Siento que como persona soy un fracaso total	<p><b>8 AUTO - CRÍTICAS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No me critico o me culpo más que antes</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Soy mas crítico conmigo mismo de lo que solía ser</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Me critico por todos mis defectos</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede</td></tr> </table>	0	No me critico o me culpo más que antes	1	Soy mas crítico conmigo mismo de lo que solía ser	2	Me critico por todos mis defectos	3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
0	No me siento como un fracaso																
1	He fracasado más de lo que hubiera debido																
2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos																
3	Siento que como persona soy un fracaso total																
0	No me critico o me culpo más que antes																
1	Soy mas crítico conmigo mismo de lo que solía ser																
2	Me critico por todos mis defectos																
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede																
<p><b>4 PÉRDIDA DE PLACER</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que disfruto</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>No puedo obtener ningún tipo de placer de las cosas que solía disfrutar</td></tr> </table>	0	Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que disfruto	1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	3	No puedo obtener ningún tipo de placer de las cosas que solía disfrutar	<p><b>9 PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No tengo ningún pensamiento de suicidio</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Me gustaría suicidarme</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Me suicidaría si tuviese la oportunidad</td></tr> </table>	0	No tengo ningún pensamiento de suicidio	1	Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo	2	Me gustaría suicidarme	3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad
0	Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que disfruto																
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo																
2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar																
3	No puedo obtener ningún tipo de placer de las cosas que solía disfrutar																
0	No tengo ningún pensamiento de suicidio																
1	Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo																
2	Me gustaría suicidarme																
3	Me suicidaría si tuviese la oportunidad																
<p><b>5 SENTIMIENTO DE CULPA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No me siento particularmente culpable</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Me siento culpable todo el tiempo.</td></tr> </table>	0	No me siento particularmente culpable	1	Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	3	Me siento culpable todo el tiempo.	<p><b>10 LLANTO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">0</td><td>No lloro más de lo que solía hacerlo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Lloro más de lo que solía hacerlo</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Lloro por cualquier cosa</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo</td></tr> </table>	0	No lloro más de lo que solía hacerlo	1	Lloro más de lo que solía hacerlo	2	Lloro por cualquier cosa	3	Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
0	No me siento particularmente culpable																
1	Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho																
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo																
3	Me siento culpable todo el tiempo.																
0	No lloro más de lo que solía hacerlo																
1	Lloro más de lo que solía hacerlo																
2	Lloro por cualquier cosa																
3	Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo																

<b>11 AGITACIÓN</b>		<b>17 IRRITABILIDAD</b>	
0	No estoy más inquieto que de costumbre	0	No estoy más irritable de lo habitual
1	Me siento mas inquieto o tenso que de costumbre	1	Estoy más irritable de lo habitual
2	Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto	2	Estoy mucho mas irritable de lo habitual
3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviendome o haciendo algo	3	Estoy irritable continuamente
<b>12 PÉRDIDA DE INTERES</b>		<b>18 CAMBIOS EN EL APETITO</b>	
0	No he perdido el interés por otras personas o actividades	0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1	Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades	1a	Mi apetito es algo menor de lo habitual
2	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas	ab	Mi apetito es algo mayor de lo habitual
3	Me resulta difícil interesarme en algo	2a	Mi apetito es mucho menor que antes
		2b	Mi apetito es mucho mayor que antes
		3a	He perdido completamente el apetito
		3b	Tengo ganas de comer continuamente
<b>13 INDECISIÓN</b>		<b>19 DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN</b>	
0	Tomo decisiones como siempre	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
1	Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre	1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2	Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre	2	Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	3	No puedo concentrarme en nada
<b>14 INUTILIDAD</b>		<b>20 CANSANCIO O FATIGA</b>	
0	No me siento útil	0	No estoy más cansado o fatigado que de costumbre
1	No me considero tan valioso y util como solía ser	1	Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre
2	Me siento inutil en comparacion con otras personas	2	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer
3	Me siento completamente inutil	3	Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía
<b>15 PERDIDA DE ENERGIA</b>		<b>21 PERDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO</b>	
0	Tengo tanta energia como siempre	0	No estoy notando ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Tengo menos energía de la que solía tener	1	Estoy menos interesado por el sexo de lo que
2	No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas	2	Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
3	No tengo suficiente energía para hacer nada	3	He perdido completamente el interés por el sexo
<b>16 CAMBIOS EN EL PATRON DE SUEÑO</b>		<b>TOTAL</b>	
0	No he experimentado ningun cambio en mi patrón de sueño		
1a	Duermo algo más de lo habitual		
1b	Duermo algo menos de lo habitual		
2a	Duermo mucho mas que lo habitual		
2b	Duermo mucho menos de lo habitual		
3a	Duermo la mayor parte del día		
3b	Me despierto 1 o 2 hs mas temprano y no puedo volver a dormirme		

