

~ 1 ~



Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura

*"Autoestima, depresión y ansiedad en
adultos con y sin sobrepeso"*

Alumna
ERCOLI, STEFANÍA

Directora de Tesina
DRA. MADDIO, SILVINA
Mendoza, 2015

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora Invitada: Dra. Silvina Maddio

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su inmenso amor, por ser siempre los primeros en apoyarme y acompañarme incondicionalmente en los proyectos más importantes de mi vida.

A mis hermanos, Natalia y Diego, por estar siempre a mi lado, ser mis mejores amigos; y por esperar este momento con las mismas ansias que yo.

A mi abuelo Carlos, por ser una persona tan importante durante toda mi vida; al igual que aquellos que me cuidan desde el cielo.

A mis tíos, Sara y Hugo, quienes fueron mis padres postizos, me criaron y malcriaron durante cinco años.

A Jonathan por ser mi compañero de vida, escucharme, comprenderme y volver a elegirme cada día.

A la hermosa amistad que me brindan mis amigos de siempre, por estar a mi lado y ser una parte primordial en mi vida.

A los amigos que me dio la facultad, por hacer este recorrido más gratificante entre mates, risas y lágrimas. A pesar de la distancia están siempre en mi corazón.

A la Dra. Silvina Maddio, por brindarme su ayuda y su tiempo desinteresadamente, su paciencia y sus conocimientos, los cuales hoy posibilitan el cumplimiento de un gran sueño.

A Dios por guiar mis pasos.

RESUMEN

El sobrepeso es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen ya que muchas veces los factores psicológicos y sociales se encuentran afectados (Bersh, 2006). La autoestima, la depresión y la ansiedad juegan un papel decisivo en el mantenimiento del sobrepeso (Silvestri y Stavile, 2005). Las personas con sobrepeso presentan mayores índices de depresión y ansiedad, junto con una baja autoestima (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014). El presente trabajo tuvo como objetivos explorar la autoestima, depresión y ansiedad en adultos con y sin sobrepeso, comparar los resultados obtenidos en ambos grupos y proponer estrategias de promoción de la salud destinadas a personas con sobrepeso. Se trabajó con un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo. La muestra fue intencional no probabilística conformada por 30 participantes con sobrepeso y 30 sin sobrepeso. Los instrumentos utilizados fueron: Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965), Inventario de Depresión (Beck, 1961) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, 1970). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables autoestima y depresión, no así en ansiedad. Las personas con sobrepeso presentaron puntajes más bajos de autoestima, y puntajes más altos de depresión en comparación con aquellas sin sobrepeso.

ABSTRACT

The overweight is a chronic illness that affects the quality of life of whom have it. Inasmuch as many times the psychological factors and social factors are influenced by them (Bersh, 2006). The self-esteem, the depression and anxiety play a decisive role in the overweight maintenance (Silvestri & Stavile, 2005). People with overweight show greater rates of depression and anxiety with a low self-esteem (Cofré, Angulo-Díaz & Riquelme-Mella, 2014). This document had as aims to search the self-esteem, depression and anxiety in adult people groups with overweight and without overweight and to compare the achieved results in both groups. Another aim was to suggest strategies of health promotion intended to overweight people. A quantitative approach was worked with an no experimental and descriptive design. The show of both groups was intentional but it was not probabilistic. It was constituted by thirty participants with overweight and thirty without overweight. The test used were: Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965), Inventario de Depresión (Beck, 1961) and Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, 1970). Statistically significant differences were observed in changeful self-esteem and changeful depression but they were not observed in anxiety. Overweigh people show lower marks in self-esteem and higher marks in depression in comparison without overweigh people.

ÍNDICE

HOJA DE EVALUACIÓN	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO	13
CAPITULO 1: Sobrepeso y obesidad.....	14
1.1. ¿Qué es el sobrepeso y la obesidad?	14
1.2. Datos del sobrepeso y la obesidad	16
1.3. Recorrido histórico del concepto sobrepeso	18
1.4. Causas del sobrepeso.....	20
1.5. Aspectos psicológicos del sobrepeso.....	21
CAPITULO 2: Autoestima.....	27
2.1. ¿Qué es la autoestima?.....	27
2.2. Autoconcepto, autoestima y autoeficacia	30

2.3. Los pilares de la autoestima.....	31
2.4. Claves para reconocer una baja autoestima.....	33
2.5. La relación entre autoestima y calidad de vida	34
2.6. Sobrepeso y autoestima	35
CAPITULO 3: Depresión.....	38
3.1. ¿Qué es la depresión?.....	38
3.2. Enfoque cognitivo de la depresión	39
3.2.1 Concepto de tríada cognitiva	40
3.2.2. Organización estructural del pensamiento depresivo	41
3.2.3. Errores en el procesamiento de la información.....	43
3.3. La mirada del DSM-IV sobre la depresión.....	46
3.4. Depresión y sobrepeso	50
CAPÍTULO 4: Ansiedad	52
4.1. ¿Qué es la ansiedad?	52
4.2. Ansiedad normal y ansiedad patológica	55
4.3. Componentes de la respuesta ansiosa	55
4.4. Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	58
4.5. Trastornos de ansiedad.....	59
4.6. Ansiedad y sobrepeso	61
CAPÍTULO 5: Marco Metodológico	63
5.1. Objetivos e hipótesis.....	64
5.2. Diseño de investigación	65
5.2.1. Enfoque de investigación.....	65
5.2.2. Diseño metodológico	65
5.3. Participantes y muestra	65
5.4. Instrumentos de evaluación. Descripción y propiedades psicométricas.....	67
5.4.1. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)	67

5.4.2. Inventario de Depresión (Beck, 1961)	68
5.4.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)	69
5.5. Procedimiento.....	70
5.5.1. Procedimiento ético.....	70
5.5.2. Procedimiento de administración y puntuación de los instrumentos de evaluación	71
5.5.3. Procedimientos de análisis de los datos	71
CAPÍTULO 6: Presentación de Resultados.....	73
6.1. Análisis Preliminar.....	74
6.1.1. Análisis de valores ausentes	74
6.1.2. Análisis de confiabilidad de los instrumentos para la muestra en estudio	74
6.1.3. Análisis de Asimetría y Curtosis	75
6.2. Caracterización de la muestra.....	75
6.3. Niveles de Autoestima, Depresión y Ansiedad Rasgo en adultos con y sin sobrepeso	77
6.3.1. Niveles de autoestima, depresión y ansiedad rasgo en adultos con sobrepeso	78
6.3.2. Niveles de Autoestima, Depresión y Ansiedad Rasgo en adultos sin Sobrepeso	81
6.4. Comparación de las variables autoestima, depresión y ansiedad en ambos grupos	84
6.5. Estrategias de promoción de la salud destinadas al grupo de adultos con sobrepeso	86
6.5.1. Breve reseña del Modelo Transteórico.....	86
CAPÍTULO 7: Discusión de Resultados	98
CONCLUSIONES.....	105
LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
APÉNDICE	120

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), el sobrepeso es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y es considerado junto con la obesidad, como el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. El sobrepeso ha sido caracterizado como la epidemia del siglo XXI (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014). Esta patología se relaciona con el desarrollo y aumento de distintos padecimientos como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria, artritis, apneas de sueño y diversos trastornos psiquiátricos, psicológicos y sociales, que nos llevan a pensar que constituye un problema que afecta tanto el desarrollo individual como el social (Silvestri y Stavile, 2005). Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en la constitución del sobrepeso y la obesidad, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso, así como una baja autoestima y pesimismo que se vincula con un autoconcepto negativo y una escasa interacción social (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014). Igualmente, se ha observado que el sobrepeso genera un efecto negativo en aquellas personas que lo padecen, ya que genera una enorme carga psicológica dada por las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva. El sobrepeso es una enfermedad crónica de difícil manejo y prevalencia mundial, además, los factores psicológicos y conductuales son muy relevantes en este tipo de patología (Bersh, 2006).

Es por lo antes expuesto que se considera relevante estudiar el sobrepeso y aquellos factores psicológicos que se encuentran involucrados, debido a que esta posible asociación podría influir en la aparición de trastornos psicológicos de diversa índole, tales como baja autoestima, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, etc. Se destaca la importancia de la detección de síntomas o trastornos que puedan asociarse al sobrepeso, lo cual permite a los psicólogos diseñar intervenciones apropiadas, que permitan un desarrollo funcional y mejoras en la calidad de vida.

La autoestima implica tener un concepto positivo de uno mismo, un sentimiento de que se es digno, agradable y competente (Díaz Guzmán, 2008). Es considerada una necesidad básica para el ser humano ya que efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo y tiene valor de supervivencia. Cuando se posee alta autoestima, ésta actúa como el sistema inmunológico de nuestro psiquismo, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. En cambio, cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida e impide nuestro crecimiento psicológico (Branden, 2011). Según Díaz Guzmán (2008), la autoestima es determinante a la hora de perder peso y considera que un índice bajo de la misma, es causa y consecuencia del exceso de peso. A esta hipótesis se suma Aguilar-Ye (2002), quien señala que existe una relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la autoestima: entre mayor es el IMC, más baja es la autoestima. Relacionado con lo anterior, Golberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias del sobrepeso, es la disminución en el nivel de autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que a veces tratan de compensar dicha patología usando la comida para aliviarla (Golberg, 2002). Esto nos permite articular lo antes expuesto con la siguiente variable en estudio: la depresión.

La depresión es uno de los trastornos asociados al sobrepeso, la cual es definida como un cuadro psicológico que se caracteriza por un conjunto de alteraciones que afectan las esferas cognitivas, afectivas y comportamentales y según Beck (1979) se

relaciona con la Triada Cognitiva, que implica una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (Lizondo y Colaboradores, 2005). Según Calderón, Forns y Varea (2009), la comorbilidad entre depresión y trastornos de la alimentación está bien establecida. Las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro nuestra salud (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Riveto Burón, García López y Oblitas, 2008). Dentro del tratamiento para bajar de peso, en muchas ocasiones las dificultades para el descenso no se deben únicamente a los inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, sino que están muy relacionados con los índices de ansiedad y de depresión (Calderón y colaboradores, 2009). En cuanto a la relación entre el sobrepeso y la depresión, Tapia y Masson (2006) señalan que la mayoría de las personas analizadas, que habían sido diagnosticadas con sobrepeso, presentaron trastornos depresivos. Esto abre un interrogante acerca de la relación entre un trastorno alimenticio como la obesidad y el sobrepeso y dicha patología.

Por otro lado, Ríos Martínez, Rangel Rodríguez, Álvarez Cordero, Castillo González, Ramírez Wiella, Pantoja Millán, Macías Valadez, Arrieta Maturino, y Ruiz Ochoa (2008) estudiaron la relación ansiedad-depresión-calidad de vida en pacientes con obesidad y concluyeron que dichos pacientes presentaban niveles de ansiedad y depresión significativos, además de insatisfacción con su peso. La ansiedad es entendida como un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra, inseguridad o temor (Cía, 2002). En el presente trabajo de tesina se trabajó con la variable ansiedad rasgo, la cual es entendida como aquella ansiedad flotante, relativamente estable, considerada como una tendencia ansiosa (Spielberger, 1970 citado en Piqueras Rodríguez, 2008). Silvestri y Stavile (2005), establecen una posible relación entre la ansiedad y la conducta alimentaria. Dichos autores plantean que el comer, o más exactamente el masticar, al suponer un gasto de energía, se transforma en una forma de

reducir la ansiedad. Entonces, si el comer es utilizado como recurso “anti-ansiedad” y se transforma en hábito, es probable que se desarrolle un círculo vicioso donde la ansiedad, sólo se reduce ingiriendo alimentos, los cuáles no siempre son los adecuados. La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con el sobrepeso es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente en niveles no tan elevados, pero es casi permanente (ansiedad-rasgo). Es por esto, que se consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer y al ser constante su presencia, y en consecuencia su método de reducción, provoca en muchos casos, exceso de peso.

Se plantea, a partir de la realización del presente trabajo de tesina, la importancia de estudiar y describir cómo se comportan las variables autoestima, depresión y ansiedad en aquellas personas que padecen sobrepeso y en aquellas que no lo padecen. Dichos factores psicológicos han sido considerados asociados al sobrepeso, y trabajar sobre ellos resulta indispensable para lograr resultados más efectivos en cuanto al descenso de peso, ya que aumentar la autoestima y disminuir la depresión y ansiedad en aquellas personas que padecen esta patología y que luchan por una vida más saludable, conllevaría no sólo resultados visibles y efectivos, sino también una mayor motivación para el cambio y mejoras en la calidad de vida de los participantes.

Además de considerarse una temática actual y recurrente, que implica severos riesgos para la salud de quienes lo padecen, este trabajo de investigación estuvo motivado desde un comienzo a partir de la realización de mis prácticas profesionales, donde tuve la posibilidad de participar de los grupos de obesidad, dirigidos por la Obra Social de Empleados Públicos de Gral. San Martín. Allí pude detectar estas problemáticas que resultaron ser recurrentes entre los participantes de los grupos, y esto no sólo despertó el interés personal por la temática sino que también sentó las bases para el presente trabajo de tesina.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: Sobrepeso y obesidad

1.1. ¿Qué es el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad son conceptos fáciles de encontrar en nuestra vida cotidiana, en cualquier programa de televisión, en el diario, e inclusive en cualquier conversación. Son conceptos que suelen confundirse e incluso se los suele tomar como sinónimos. Si bien están íntimamente relacionados, es importante saber discriminarlos. La Organización Mundial de la Salud (2014) define a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Entonces, ¿cómo se distingue a ambos conceptos? Existe un indicador que es el que establece esta discriminación, el Índice de Masa Corporal (en adelante, IMC). Este indicador establece una relación entre el peso y la talla, que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros. A continuación, en la Figura 1, se presenta la fórmula del IMC:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Figura 1:
Fórmula del Índice de Masa Corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud (2014), en base al IMC discrimina ambos conceptos (sobrepeso y obesidad) y establece la diferencia: un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, mientras que un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. Este cálculo no sólo arroja este resultado sino que, dependiendo de dicho índice será posible ubicarnos dentro de una escala progresiva que va desde el bajo peso y peso normal (también denominado “normo peso”) hasta el sobrepeso y la obesidad, con sus diferentes grados y, en consecuencia, sus riesgos. A continuación, en la Figura 2, se presentan las variaciones en relación al puntaje del IMC:

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Bajo Peso	< 18.50
Delgadez severa	< 16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obeso (riesgo)	25.00 - 29.99
Obeso	≥ 30.00
Obeso tipo I (riesgo moderado)	30.00 - 34.99
Obeso tipo II (riesgo severo)	35.00 - 39.99
Obeso tipo III (riesgo muy severo)	≥ 40.00

Figura 2:
Clasificación del IMC según la OMS

Otro dato de suma importancia, que arroja la Organización Mundial de la Salud (2014) es, que una persona con obesidad tiene sobrepeso, pero una persona con sobrepeso no necesariamente debe ser considerada obesa; sin embargo cabe destacar que el sobrepeso es el primer paso hacia la obesidad. Cuando hablamos de peso ideal,

debemos tener consideración, ya que no es lo mismo en hombres que en mujeres, de hecho cada organismo es diferente y funciona de un modo especial: una persona musculosa puede tener un alto grado de IMC, sin que sea catalogada como obesa. También podemos decir que el sobrepeso es un exceso de pesaje, donde la persona ingiere más de lo que gasta, más de lo que su organismo necesita para estar en equilibrio.

Cabe mencionar que el concepto con el cual se trabajará en esta tesina es el de sobrepeso, entendido como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, con un IMC entre 25 y 29.99 (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esto se debe a que los participantes de la muestra presentan, en su mayoría un exceso de peso, sin llegar a calificarse como personas con obesidad, tomando en cuenta los requisitos y cálculos anteriormente mencionados.

1.2. Datos del sobrepeso y la obesidad

Resulta importante recalcar que, según la Organización Mundial de la Salud (2014) tanto la obesidad, como el sobrepeso constituyen el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo y cada año fallecen más de 3,4 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Esto no implica que la obesidad ni el sobrepeso sean un motivo de muerte en sí mismo, sino que tienen infinidad de consecuencias para la salud de quien lo padece, como puede ser la diabetes, enfermedades cardiovasculares como el accidente cerebro-vascular (ACV) y la cardiopatía, trastornos del aparato locomotor, etc. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético, entre calorías consumidas y gastadas, lo cual está íntimamente relacionado con el estilo de vida de cada persona. A esto se suma el estilo de vida que se lleva actualmente, donde prima el sedentarismo, aumentado gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías; y el consumo de alimentos hipocalóricos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

A continuación se desarrollarán diferentes teorías y definiciones tomadas de diversos autores, quienes tomando distintos puntos de vista tratan de definir y caracterizar al sobrepeso.

Braguinsky (1987), considera al sobrepeso como una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con frecuentes co-morbilidades, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Siguiendo la misma línea, pero tomando como referencia a un exponente nacional, Cormillot (2001) define al sobrepeso como un problema de salud caracterizado por un exceso de tejido adiposo, cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número y que tienen como resultado una disminución de la calidad de vida y en la salud de quienes lo padecen. El sobrepeso está determinado por una conjunción de factores genéticos, alimentación rica en grasas y azúcar, y el sedentarismo. Por otro lado, Nuñez (2013), referente local encargada del Programa de Obesidad de O.S.E.P., brinda otra definición que resulta interesante: El sobrepeso constituye un trastorno psico-conductual crónico, es decir, que se requiere trabajar no solamente sobre la conducta al momento de alimentarse, sino que también se debe hacer hincapié en la psicoeducación, en el aprendizaje y adquisición de información sólida y hábitos saludables. Además aclara que no sólo afecta a quien lo padece sino también al medio circundante, ya que el tratamiento requiere el apoyo de todo el sistema familiar. Es decir, que genera un cambio en el estilo de vida de todos los actores involucrados. Debido a que se considera la definición más integral y actual, será ésta última la que guiará el presente trabajo.

Pareciera que en la actualidad, resulta difícil mencionar conceptos relacionados con el exceso de peso, sin tener consideración de los modelos sociales que se imponen, desde diferentes medios. Al respecto, Castillo Durán y Agúndez (2013) plantean que los modelos de belleza han ido cambiando a lo largo del tiempo y han sido valorados

de manera distinta en cada época de la historia. Actualmente la influencia de las publicidades y los medios de comunicación en general han ido generando un “ideal” de cuerpo, el cual implica una delgadez que en algunos casos llega a ser extrema. Siguiendo a dichos autores, se ha llevado a cabo una revalorización de estos modelos sociales de belleza, los cuales suelen asimilarse erróneamente con el éxito, tanto emocional, como social y profesional. Mientras que en el otro extremo encontramos a quienes no logran ajustarse a esta norma, lo cual trae consigo sentimientos asociados con el fracaso, la baja autoestima, la depresión y la ansiedad, aunque se hayan hecho intentos de alcanzar esa tan deseada figura.

1.3. Recorrido histórico del concepto sobrepeso

Palavecino (2007), expone que a lo largo del tiempo es posible divisar una enorme cantidad de cambios para los seres humanos, algunos favorables, y otros no tanto. Como resultado de la evolución, fue modificada la forma de vestir, de hablar, de alimentación, de vivir. Siguiendo al autor mencionado, la alimentación ha sido modificada radicalmente, algunas de sus causas son la falta de tiempo, el estrés, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y la introducción masiva de la comida rápida en el mercado. Entre estos avatares encontramos también cómo se ha ido modificando, no sólo la forma de comer y de cuidar nuestro cuerpo, sino también la forma en que ha ido cambiando la concepción del exceso de peso, y las implicancias para las personas que la padecen.

Según Palavecino (2007) la búsqueda de alimentos ha sido siempre un motor de cambio histórico. Nuestros ancestros prehistóricos eran fundamentalmente recolectores de frutos, hongos, gusanos y pequeños reptiles. Al principio no tenían armas para enfrentarse con éxito a los animales de mayor tamaño, luego desarrollaron flechas y lanzas. Esta etapa de la caza se complementa con el descubrimiento del fuego, que les permitió asar los alimentos y fabricar la primera vasija de barro para cocinar. Eran nómades, se transportaban de un lugar a otro para pescar o cazar. Con el tiempo

descubrieron que si se dejaba germinar una semilla y se le proporcionaba agua, daba cosechas. Así nació la agricultura, la cual no sólo les sirvió para alimentarse ellos mismos, sino también alimentar a sus primeros animales domésticos. Más tarde, aproximadamente 5.000 años antes de Cristo, deciden detener su camino y comenzar a fundar pueblos. Poco a poco el alimento dejó de ser algo meramente relacionado a la supervivencia. Una de las primeras imágenes que se referían al exceso de peso surgen en la Era Paleolítica, son una especie de las estatuillas, que hasta el día de hoy siguen siendo reconocidas: las Venus de Willendorf, que simbolizaban la fertilidad. Podemos decir que la gordura no era considerada mala, sino que era signo de salud y belleza.

Palavecino (2007), plantea en la Edad Media, la robustez y el sobrepeso eran en el hombre manifestación de fuerza, vigor y riqueza material, mientras que en la mujer, armonía y fertilidad. En la época del Imperio Romano, algo que los caracterizaba eran sus grandes banquetes, donde los mejores platos eran premiados y comían hasta el cansancio. Los grandes señores de esa época comían y bebían sin límite, sin pensar que sus costumbres los llevarían a una muerte por gota, indigestión, hipertensión, infarto u otros problemas.

En la actualidad, Palavecino (2007) considera que consumimos alimentos industrialmente transformados, pulverizados, molidos, licuados, amasados, cernidos, destrozados, es decir, preferimos un alimento procesado y no uno natural. Esto trae consecuencias en nuestro cuerpo y en nuestra salud. Braguinsky (1987), plantea que hoy en día, el creciente aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en gran número de países es considerada una epidemia global, y lo que resulta aún más importante es que configuraría la primera oportunidad en que se caracteriza como tal a una enfermedad no transmisible, sino una enfermedad metabólica crónica. Resulta de suma importancia destacar que este incremento en el porcentaje general de personas afectadas por el sobrepeso se observa a partir de 1980, junto con el aumento de la

diabetes y la hipertensión arterial, el surgimiento de las nuevas tecnologías, el aumento del sedentarismo y consumo de alimentos poco saludables (Palavecino, 2007).

1.4. Causas del sobrepeso

Las causas del sobrepeso son objeto permanente de estudio. Goldberg (2004) menciona una serie de factores que considera de mayor influencia en el surgimiento y mantenimiento del sobrepeso: genéticos, metabólicos, psicológicos y socioculturales. Los genes involucrados en el exceso de peso pueden considerarse como predisponentes y pudieran estar actuando uno o varios de ellos en conjunto, por lo que se supone que puede ser hereditaria. Respecto a los factores genéticos, Bersch (2006) sostiene que es importante señalar que no sólo se hereda la predisposición a la adiposidad y la distribución de la grasa corporal, sino que también se heredan aspectos conductuales, como la preferencia por las grasas, la elección del intervalo entre comidas y aún la inclinación por la actividad física. En cuanto a los factores metabólicos, retomando a Goldberg (2004) el uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra. Cabe destacar que la influencia de agentes psicológicos merece consideración, ya que ahora se considera que los cambios psicológicos son una consecuencia y no una causa de la misma (Goldberg, 2004). Por último, siguiendo la teoría de dicho autor, es importante considerar los factores socioculturales. Definitivamente el entorno social ejerce una gran influencia en el desarrollo del sobrepeso, y también de la obesidad. Los medios de comunicación nos infunden un estereotipo social de lo que es el éxito en torno de la bebida y la comida, como si eso nos transformara en personas más populares o socialmente aceptadas. Es decir, que la comida se ha vuelto un “premio” al comportamiento. Aquí también encontramos el resultado del estilo de vida actual, el cual está basado en el sedentarismo, el cual es considerado una de las principales causas del exceso de peso, ya que la falta de actividad física genera acumulación de tejido adiposo y se consumen más calorías que las que el cuerpo quema. Al respecto, Alvarado Sánchez,

Guzmán Benavides y González Ramírez (2005) mencionan como una de las causas del sobrepeso, al estado emocional, dentro del cual se incluye el aburrimiento, el cansancio, la tristeza, el enojo, los cuales llevan a algunas personas a ingerir alimentos para confortar su estado de ánimo.

1.5. Aspectos psicológicos del sobrepeso

El abordaje de las características psicológicas resulta de fundamental importancia, pues de lo contrario, según Silvestri y Stavile (2005), el paciente encontraría dificultades para comprometerse adecuadamente con el tratamiento y podrían surgir mayores dificultades para bajar de peso y/o mantenerlo. El conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. De ellos se desprende la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática. No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal se recomienda que las terapéuticas sean enfocadas desde esa perspectiva.

Desde hace años el tratamiento para el sobrepeso se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física, siguiendo a Silvestri y Stavile (2005). Este desequilibrio entre la energía que ingresa al organismo y la que se gasta genera un sobrante que se deposita en forma de grasa en los tejidos de nuestro cuerpo. La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables. Aunque, según los autores mencionados, han sido poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en el origen y mantenimiento de la obesidad, y por lo general quedan en un segundo plano (Silvestri y Stavile, 2005). Estos factores psicológicos

precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado lo deseado.

Vázquez Velásquez y López Alvarenga (2001) consideran que a pesar de que todavía no es clara la relación entre el sobrepeso y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psicológicos en personas que padecen algún trastorno de la conducta alimentaria, que en las personas que no padecen exceso de peso. Estos mismos autores consideran que cualquiera de estos trastornos puede ser visualizado como el síntoma o como la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales, por las características estigmatizadas por la sociedad. Es decir, que cuando intentamos definir éste tipo de enfermedades, no basta con centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.

Gold (1976, citado en Vázquez Velásquez y López Alvarenga, 2001) clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional: a) La actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración, b) El hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y c) La comida actúa como droga o como refuerzo para hacer frente a la carencia de ajuste social. Al respecto Mahoney (1985, citado en Vázquez Velásquez y López Alvarenga, 2001) y Saldaña y Rosell (1988, citado en Vázquez Velásquez y López Alvarenga, 2001) indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la ingesta de alimentos. Ríos Martínez y colaboradores (2008), también estudiaron la ansiedad, pero establecieron una relación entre ésta, la depresión y la calidad de vida en pacientes con obesidad y concluyeron que presentaban niveles de ansiedad y depresión significativos, además de insatisfacción con su peso.

Según Silvestri y Stavile (2005), el sobrepeso no sólo expone a quien lo padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como la depresión, y la ansiedad. Dichos autores consideran que las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza a la persona con exceso de peso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a ciertos trabajos, etc. (Silvestri y Stavile, 2005). Según los autores mencionados anteriormente, las personas con sobrepeso viven sentimientos de desvalorización cotidianos, se enfrentan a la presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo con su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona con sobrepeso puede o no desarrollar algún tipo de alteración psicológica. Siguiendo a dichos autores, entre las más frecuentes encontramos:

Baja autoestima y aislamiento social: la baja autoestima es un rasgo muy común, porque en la mayoría de los casos los pacientes manifiestan no sentirse en sintonía con su cuerpo. Según Nevado (2007), las causas son muy diversas y se producen por el cúmulo de situaciones con las que conviven día a día, como por ejemplo: no pueden comprar la ropa que les gustaría por falta de talles, imposibilidad de disfrutar de ciertas actividades debido a burlas e insultos, etc. Todo esto se va guardando, consiguiendo mermar la capacidad para valorarse y llevando a que eviten todo tipo de eventos sociales, principalmente aquellos en los que está presente la comida, ya sea por vergüenza o por creer que no podrán controlarse.

Manifestaciones Depresivas: También existe la posibilidad de que se presenten síntomas de trastornos del ánimo, como lo es la Depresión. En estos casos, según Silvestri y Stavile (2005) el paciente vive inmerso en un sentimiento profundo de desánimo o tristeza debido a la acumulación de pensamientos negativos respecto a su figura, la baja autoestima o incluso sentimientos de vergüenza o culpa. Las principales características son: quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y

situaciones gratificantes, toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo, pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente le resultaban placenteras, insomnio o dificultades para conciliar el sueño, sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento, incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales, bajo nivel de Autoestima, excesiva preocupación por su estado de salud, irritabilidad, incapacidad para concentrarse, crisis de llanto, miedo y angustia sin motivo aparente que lo justifique, autorreproches, sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad, agresividad hacia los demás y hacia sí mismo, ideas más o menos concretas de suicidio, etc. Según los autores mencionados anteriormente, estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede ir desde varios meses hasta varios años.

Ansiedad: Según Silvestri y Stavile (2005), la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Esta respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento y no sólo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo e incluso por miedos inconscientes. Siguiendo a dichos autores el comer, o más exactamente el masticar, al suponer un gasto de energía se transforma en un modo de reducir la ansiedad, de forma rápida y pasajera pero al alcance del sujeto. Si el comer como un recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con el sobrepeso es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Al no ser tan intensa, logra reducirse fácilmente con el acto de comer (Silvestri y Stavile, 2005).

Imagen corporal distorsionada: La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real. Se la define como la representación que se tiene del tamaño, contorno y forma del cuerpo, y el sentimiento que trae aparejado. La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí. La persona con obesidad suele ser juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta; esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa (Rosen, 1996, citado en Silvestri y Stavile, 2005). Esto implica: preocupación estresante por la apariencia, timidez y vergüenza en situaciones sociales, incomodidad y angustia cuando la apariencia es percibida por otras personas, autovaloración negativa y evitación de actividades que impliquen interacción con otros, etc.

Descontrol alimentario – Atracón Alimentario (Binge Eating): El Atracón Alimentario es un trastorno que se caracteriza por la pérdida del control en la ingesta de alimentos recurrente (por lo menos dos veces por semana durante seis meses) en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica, la Bulimia Nerviosa (Silvestri y Stavile, 2005) Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que come y cuanto come, seguido por sentimientos de culpa y enojo.

Trastornos de la Sexualidad: de muy distintas maneras puede la sexualidad de una persona relacionarse con su sobrepeso: insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo, miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando, temor a mostrar el propio cuerpo, miedo al rechazo, etc.

Falta de Motivación: En muchos casos, el paciente reconoce que tiene una enfermedad grave y que ésta le ocasiona otros problemas de salud, sin embargo, no

encuentra la motivación suficiente para llevar a cabo un programa de adelgazamiento saludable; sino que pensar en el esfuerzo que requiere este tipo de tratamientos, provoca que ni siquiera intente llevarlo a cabo porque la recompensa está demasiado lejos y en cambio, comer y mantenerse tal y como está, es más satisfactorio a corto plazo (Nevado, 2007).

Frustración: La pérdida de peso es lenta y progresiva, para garantizar así no volver a recuperar el peso perdido. Este hecho provoca, según la autora mencionada anteriormente, que el paciente se impacienta: desea que su trabajo y el enorme esfuerzo que realiza controlando la comida y haciendo ejercicio físico, se manifieste en la balanza rápidamente, y cuando no lo consigue, siente frustración y corre el peligro de abandonar el tratamiento debido a la lentitud de los resultados.

CAPITULO 2: AUTOESTIMA

2.1. ¿Qué es la autoestima?

La autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros, que comprende mucho más que un sentimiento de auto-valía. Branden (2011) la define como la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de la misma. Más específicamente, según dicho autor, consiste por un lado en la confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida; y por el otro, la confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos.

Hoy hay en todo el mundo una concienciación sobre la importancia de la autoestima. Branden (1995) reconoce que así como un ser humano no puede esperar realizarse en todo su potencial sin una sana autoestima, tampoco puede hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran y no confían en sí mismos. Culturalmente, la autoestima empezó a cobrar cada vez más fuerza. No sólo empezaron a publicarse más libros que hacían referencia al concepto, sino que comenzaron a aparecer estudios científicos. Entre los primeros artículos, se encuentra la propuesta de James (1890, citado

en Branden, 2011), quien plantea que la autoestima equivale a éxito dividido por pretensiones. Dicho autor basa su concepción de autoestima al compararse con los demás: si nadie puede estar a la altura de su pericia, su autoestima queda satisfecha; si alguien lo supera, se destruye. Atar nuestra autoestima a cualquier factor fuera de nuestro control, tal como las elecciones o acciones ajenas, es provocar angustia. La única forma de protegerla sería aumentando el propio éxito o bajando las propias pretensiones (Branden, 2011).

Por otra parte, encontramos otra definición más actual de autoestima; se trata Rosenberg (1965 citado en Tiscar Cabezas, 2011) quien la concibe desde una aproximación sociocultural. Dicho autor define a la autoestima como una actitud, tanto positiva como negativa, que la gente tiene sobre sí misma, concibe a la autoestima como producto de las influencias de la cultura, sociedad, familia y las relaciones interpersonales. Es decir, que el nivel de autoestima que un individuo tiene es proporcional al grado en que es capaz de medirse de forma positiva respecto a una serie de valores.

Poco más tarde, aparece la teoría de Coopersmith (1967, citado en Tiscar Cabezas, 2011), quien entiende a la autoestima como la evaluación que efectúa el individuo con respecto a sí mismo. El autor mencionado anteriormente, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en qué medida el individuo se cree capaz, importante, digno, y con éxito. En resumen, considera a la autoestima como un *juicio personal* de dignidad, que se expresa en las actitudes del individuo hacia sí mismo. La autoestima consiste en valorar y reconocer lo que uno es y lo que puede llegar a ser. Según Rojas (2007), la autoestima se vive como un juicio sobre uno mismo, al haber conseguido un entramado personal coherente, basado en los cuatro elementos básicos del ser humano: físicos, psicológicos, sociales y culturales. En estas condiciones va creciendo la propia satisfacción, así como la seguridad ante uno mismo y ante los demás.

Más adelante, Palladino (1992) considera que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Es confianza, valoración y respeto por uno mismo.

Según Branden (2011) la autoestima es *una necesidad muy importante para el ser humano*. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo y tiene valor de supervivencia. El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Siguiendo a dicho autor, cuando se posee alta autoestima actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. En cambio, cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. Branden (2011) considera que las elecciones inteligentes requieren autoestima: en un mundo en el que hay más elecciones y opciones que nunca y en el que nos enfrentamos con posibilidades ilimitadas en cualquier dirección en donde miremos, necesitamos un nivel más elevado de autonomía. Esto implica una mayor necesidad de ejercer un juicio independiente, de cultivar nuestros propios recursos y de asumir responsabilidades sobre las elecciones, valores y acciones que dan forma a nuestras vidas; una mayor necesidad de confiar, de creer en nosotros mismos desde un punto de vista objetivo. Es por esto que el autor mencionado anteriormente plantea que cuantas más elecciones y decisiones necesitemos tomar conscientemente, más urgente será nuestra necesidad de una alta autoestima. En la medida en que confiemos en la eficacia de nuestra capacidad de pensar, aprender, comprender, tenderemos a perseverar cuando nos enfrentemos a desafíos difíciles o complejos. Branden (2011) considera que si somos constantes probablemente obtendremos más triunfos que fracasos, confirmando y reafirmando así nuestro sentido de eficacia. Por el contrario, cuanto más dudemos de nuestra eficacia y desconfiemos de nuestro pensamiento, en vez de perseverar probablemente nos rendiremos. En consecuencia, sería más frecuente el fracaso que el triunfo, con lo que se confirmaría una autoevaluación negativa. Según dicho autor, la autoestima positiva busca objetivos

exigentes que la estimulen y el lograrlos la alimenta, lo que llevará a la persona a sentirse mejor equipada para enfrentarse a la adversidad en diferentes ámbitos de su vida. En cambio, según Branden (2011) la baja autoestima busca la seguridad de lo conocido y poco exigente; limitarse a ello, la debilita, aspira a menos logros y por ende, menos logros se obtendrán. Tanto el camino de la alta autoestima, como el de la baja, tienden a reafirmarse y a perpetuarse (Branden, 2011). El modo en que uno se siente con respecto a uno mismo afecta en forma decisiva todos los aspectos de su vida: la autoestima es la clave del éxito o bien, del fracaso. También es la clave para comprenderse y comprender a los demás (Branden, 2010).

2.2. Autoconcepto, autoestima y autoeficacia

Existen tres conceptos que vale la pena distinguir y definir, ya que se encuentran íntimamente relacionados, y suelen confundirse. Se trata del autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia.

El autoconcepto puede ser definido como la imagen que se tiene de uno mismo o del propio yo (Papalia, Wenkos Olds y Duskin Feldman, 2005) o bien como la organización cognitiva que cada persona tiene de su propio yo. El autoconcepto representa la imagen total que se tiene de las propias habilidades y características, abarca todo lo que se cree acerca de quién es uno, es una construcción cognoscitiva, un sistema de representaciones descriptivas y evaluativas acerca del yo; involucra cognición y emoción dirigiendo las acciones de las personas y determinando cómo las personas se sienten acerca de sí mismas (Harter, 1996 citado en Maddio, 2013).

La autoestima es considerada la parte autoevaluativa del autoconcepto. Implica la consideración de cuánto se valora o se quiere la propia persona. Se la entiende como el componente afectivo de la autoimagen mientras que el autoconcepto representa su componente cognitivo (Maddio, 2013). La autoestima se encuentra íntimamente

relacionada con el autoconcepto, y puede definirse como la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el sí mismo (Rosenberg, 1965 citado en Tiscar Cabezas, 2011).

Por último, encontramos el concepto de autoeficacia que se enmarca en la teoría cognitiva social de Albert Bandura. Este autor considera que las percepciones son centrales al desarrollo y que los procesos cognoscitivos están operando mientras las personas observan modelos. A partir de esa observación las personas aprenden fragmentos de patrones de conducta nuevos. La autoeficacia se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para el logro de determinados resultados y para manejar situaciones futuras (Bandura, 1999 citado en Maddio, 2013). Las creencias de autoeficacia tienen un rol relevante en la competencia humana ya que influyen en los cursos de acción que las personas organizan y ejecutan, las metas que planifican como también en la cantidad de esfuerzo y la persistencia que invierten ante determinados obstáculos. Es por ello que resulta importante no sólo *cuán capaz una persona es* de realizar una tarea, sino *cuán capaz se siente* de poder hacerlo. De este modo las creencias de autoeficacia actúan en la regulación cognitiva, en relación a lo que las personas piensan sobre sí mismas y de regulación comportamental, vinculado a cómo se comportan (Maddio, 2013).

2.3. Los pilares de la autoestima

La autoestima es una consecuencia, un efecto de determinadas prácticas, que son definidas como pilares, ya que el cumplimiento de ellos llevarán al fortalecimiento de nuestra autoestima, mientras que la ausencia de las mismas la perjudicarán (Branden, 1995). Siguiendo al mismo autor, es posible identificar seis, las cuales tienen una importancia crucial para elevar la autoestima:

La práctica de vivir conscientemente: vivir de manera consciente significa estar conectados con nuestros actos, nuestras motivaciones, valores y propósitos. Es vivir siendo responsable y preocuparme de distinguir los hechos de las interpretaciones que

hacemos sobre los mismos hechos o de las emociones que nos generen. Otro aspecto importante es interesarnos en saber dónde estamos en relación con nuestros proyectos de vida, si los estamos logrando o estamos fracasando. Implica estar dispuestos a ver y corregir nuestros errores, ser receptivo a los conocimientos nuevos y estar dispuesto a reexaminar nuestras creencias, perseverar en el intento de comprender pese a las dificultades, comprometernos con la vida como si se tratara de un camino de superación y aprendizaje.

La práctica de la aceptación de sí mismo: la aceptación de sí mismo conlleva la idea de compasión, de ser amigo de mí mismo. No implica una negación de la realidad, no afirma que sea correcto lo que está mal, sino que indaga el contexto en el que se llevó a cabo una acción, quiere comprender el por qué.

La práctica de la responsabilidad de sí mismo: es asumir que uno es el artífice de su propia vida, responsable de la consecución de los propios deseos, de las elecciones que hace, de las consecuencias de sus actos y de los comportamientos que asume frente a las demás personas, de la propia conducta, de la forma de jerarquizar el tiempo del que dispone, de la felicidad personal, de aceptar o elegir los valores según los cuales elegimos vivir.

La práctica de la autoafirmación: significa respetar mis deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada a la realidad. Significa la disposición a valerme por mí mismo, a ser quien soy abiertamente, y a tratarme con respeto.

La práctica de vivir con propósito: implica fijarse metas productivas en consonancia con nuestras capacidades, fijarse metas concretas y actuar para conseguirlas. Para ello es necesario cultivar la autodisciplina, es decir, la capacidad de organizar nuestra conducta en el tiempo al servicio de tareas concretas.

La práctica de la integridad personal: es necesario que exista una coherencia entre nuestros valores, nuestros ideales y la práctica de nuestro comportamiento, nuestra conducta debe reconducir a nuestros valores. Significa cumplir con nuestros compromisos, con nuestra palabra y generar confianza en quienes nos conocen. Es el aspecto moral de la autoestima, del que no se puede prescindir.

2.4. Claves para reconocer una baja autoestima

Las personas con baja autoestima suelen considerarse poco capaces para enfrentar los desafíos de la vida, sienten la carencia, el “no puedo”, el “no soy capaz” (Branden, 1995). También muestran rasgos de inseguridad, suelen desconfiar de sus facultades, necesitan la aprobación de los demás, ocasionando un complejo de inferioridad y timidez que pueden llevar a la depresión (Palladino, 1992). Estas características se consideran indicadores de una autoestima insuficiente, lo cual significa que la persona carece de respeto a sí misma, no repara en sus necesidades y deseos, y/o no confía en sí misma para ganarse la vida. Quienes poseen baja autoestima realizan una serie de interpretaciones de la realidad que son sumamente perjudiciales, éstas tienen su origen a partir de los errores en el procesamiento de la información descritos por Aaron Beck en pacientes con Depresión. Son las encargadas de mantener la creencia del sujeto en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1979). En relación a la baja autoestima, Rojas (2007) describe las siguientes:

Tendencia a la generalización: Se toma la excepción por regla, empleándose términos categóricos a la hora de valorar lo que les sucede del estilo: *“a mi todo me sale mal...”* *“nunca tengo suerte...”* (Rojas, 2007).

Pensamiento dicotómico o absolutista: Es un binomio extremo de ideas absolutamente irreconciliables. Beck (1979) explica: “se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, por ejemplo: impecable o sucio, santo

o pecador y para describirse a sí mismo por lo general escoge el extremo negativo” (Beck, 1979).

Filtrado negativo: Se da cuando los pensamientos de la persona giran en torno a un acontecimiento negativo sin prestarle atención a las situaciones positivas y favorables de su vida (Rojas, 2007).

Autoacusaciones: Consiste en la tendencia de la persona a culpabilizarse por cuestiones en las que no es clara su responsabilidad o directamente ni tiene responsabilidad alguna (Rojas, 2007).

Personalización: Se trata de interpretar cualquier queja o comentario como una alusión personal (Rojas, 2007).

Reacción emocional y poco racional: El argumento que desencadena una emoción de signo negativo es errático, ilógico y la persona tiende a extraer conclusiones que la perjudican (Rojas, 2007).

En el otro extremo, según Palladino (1992) se encuentra a quienes tienen una “buena autoestima”, que es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio emocional, que son capaces de disfrutar de situaciones sociales pero también de la soledad, que tienen una buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos – y si los tienen, poseen la capacidad de transformarlos en pensamientos positivos – y buena motivación (Palladino, 1992).

2.5. La relación entre autoestima y calidad de vida

Branden (1995), considera que a lo largo de nuestra vida tendemos a crear expectativas sobre nosotros mismos, aquello que deseamos o queremos lograr. Unas son más realistas y probables que otras. Estas expectativas tienden a generar acciones que se convierten en realidades y tales realidades confirman y refuerzan nuestras creencias

originales, reforzando así (o no) nuestra autoestima. Branden (1995) plantea que la autoestima alta o baja tiende a generar las profecías que se cumplen por sí mismas: sin duda, la baja autoestima es la que orienta una actitud y comportamientos de forma contraria al propio bienestar y sabotea los momentos de felicidad y los logros que se pueden obtener en la vida, es causa generadora de disfuncionalidades, de la toma de decisiones o de realizar elecciones perjudiciales. Aún cuando una persona con baja autoestima pueda tener logros en su vida, esa sensación de no ser merecedor de lo bueno que le sucede hará que las metas que vaya alcanzando en su vida no lo satisfagan, nada parece ser suficiente. En cambio, con autoestima sana, la búsqueda de la felicidad es la que motiva la propia acción o la búsqueda de sentido.

2.6. Sobrepeso y autoestima

“Aparte de los problemas de origen biológico, no conozco una sola dificultad psicológica (desde la angustia y la depresión, el miedo, el abuso del alcohol y las drogas, el bajo rendimiento en el estudio o el trabajo, o la inmadurez emocional), que no sea atribuible a la autoestima deficiente. De todos los juicios a los que nos sometemos, ninguno es tan importante como el nuestro propio. La autoestima positiva es el requisito fundamental para una vida plena. Ésta no viene determinada por el éxito social, el aspecto físico, la popularidad o cualquier otro valor que no se halle directamente bajo el control de nuestra voluntad. Al contrario, depende de nuestra racionalidad, honestidad e integridad, que son procesos volitivos, operaciones de la mente de las cuales somos responsables” (Branden, 2010).

El autor mencionado anteriormente, plantea que la cultura actual propone a todos – no sólo a las mujeres, sino que hoy en día esto también afecta a los hombres – un

ideal de figura corporal muy esbelta que resulta imposible de alcanzar para la mayoría. Esto crea insatisfacción, culpa y genera estrategias que pretenden reducir el peso y el volumen corporal, pero que a veces resultan contraproducentes como las dietas frecuentes y mal orientadas, y las metas no realistas. Las presiones sociales provocan que las personas fuera de la “norma” establecida por la sociedad, presenten diversos grados de insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, ansiedad y hasta en algunos casos, depresión. Sin embargo, Bersh (2006) plantea que todo este sistema tiene su origen: la comida ha sido empleada desde tiempos remotos como un objeto transicional desde las primeras etapas del desarrollo, especialmente en el mundo occidental: se recurre a la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. Esto crea un vínculo especial con los alimentos (Bersh, 2006). Cada vez que la persona se siente preocupada y ansiosa, recurre a la comida para “tapar” ese malestar, creando un hábito nocivo. El sobrepeso “protege” a las personas de un mundo que parece amenazante, por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protegen de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional (Rodin, 1992 citado en Bersh, 2006).

Dentro de las implicancias psicológicas del sobrepeso se destacan importantes alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión, siendo éstos los que dificultan el descenso de peso. Es por esto que la autoestima debe ser considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que una mejora en el nivel de autoestima en los pacientes con sobrepeso proporciona, en muchos casos, una garantía respecto a la capacidad de alcanzar mayor diversidad en las estrategias de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (Alvarado Sánchez, Guzmán Benavides y González Ramírez, 2005). La autoestima no sólo está ligada con el aumento de peso, sino que con la totalidad de los Trastornos de la alimentación, como la anorexia, la bulimia nerviosa y la obesidad. Relacionado con lo anterior, Golberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias del sobrepeso, es la pérdida de

autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que a veces tratan de compensar dicha patología usando la comida para aliviarla.

Díaz Guzmán (2008), considera que la baja autoestima es causa y consecuencia del exceso de peso. Las personas con exceso de peso suelen sentirse rechazadas por su aspecto físico y por la aparición de críticas provenientes de su entorno social, pero también de autocríticas destructivas y pensamientos negativos de culpa e incapacidad, lo que conduce a que la persona tenga una autoestima baja. Se sienten inseguras, vergonzosas, temerosas e incapaces de realizar ciertas actividades (Díaz Guzmán, 2008).

CAPITULO 3: DEPRESIÓN

“Las personas se sienten perturbadas, no por las cosas, sino por los puntos de vista que adoptan sobre éstas.”

Epicteto, siglo I a. C.

3.1. ¿Qué es la depresión?

Beck (1983, citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008) describe a la depresión, en su forma clínica, como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa, con una perdurabilidad superior a los dos meses. Esto puede producirse por diversas causas, como pueden ser acontecimientos de la vida diaria relacionados con la incapacidad para hacerle frente a la indefensión, cambios en el cerebro como efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos. Según dicho autor, los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos; sin embargo, la mayoría de los sujetos presentan, por ejemplo una disminución en el nivel de interés en las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa,

inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo.

La depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales. Conductualmente, Beck (1983 citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008) considera que la depresión se caracteriza principalmente por la reducción generalizada de la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de los mismos. Desde el punto de vista cognitivo, la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren (Beck, 1983 citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008). Ésta concepción será ampliada en el próximo apartado.

Por otro lado, Kaplan (1996) sostiene como generalidad, que en los trastornos del estado de ánimo se pierde la sensación de control y se experimenta un fuerte malestar general. Dicho autor plantea, al igual que Beck, que los pacientes con depresión presentan pérdida de energía, culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte y/o suicidio, y cambios en sus funciones vegetativas, como la actividad sexual y los ritmos biológicos. Además, aclara Kaplan (1996) que se origina un deterioro del funcionamiento a nivel interpersonal, social y laboral. Sin embargo, lo llamativo es que atribuyen la cualidad de inexplicable a su estado de ánimo patológico (Kaplan, 1996).

3.2. Enfoque cognitivo de la depresión

La palabra “cognitivo”, según Lizondo, Montes y Jurado (2005) proviene de la expresión latina “cognitare”, que quiere decir “tener conocimiento” y se refiere a la forma en que se elaboran juicios y se interpretan los actos y hechos. El punto de vista de la psicología cognitivo conductual trata de explicar el comportamiento mediante la forma en que la persona interpreta la información. Si el pensamiento se basa en

razonamientos ilógicos, interpretaciones, suposiciones creencias erradas y esquemas rígidos, el sujeto distorsiona la realidad, limita su capacidad de adaptación y probablemente incurra en alteraciones emocionales y comportamentales (Lizondo, Montes y Jurado, 2005). Los autores mencionados caracterizan el síndrome depresivo, el cual consideran que está compuesto por una serie de alteraciones tanto en las esferas cognitiva, afectiva y comportamental, que incluyen: melancolía, tristeza o pesar, ideas negativas hacia la propia persona, el entorno y el futuro (denominada Triada Cognitiva de la Depresión), baja autoestima, atribución de culpa, desmotivación y alteraciones del sueño y de la alimentación, entre otras.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) La tríada cognitiva, 2) Los esquemas, y 3) Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

3.2.1 Concepto de tríada cognitiva

Según dichos autores, la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a su futuro y a sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Es probable que tienda a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor, tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia de la persona que padece depresión a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le

parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Según dichos autores, interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles.

El tercer componente de la tríada cognitiva, según Beck y colaboradores (1979) se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona con depresión hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo que plantean los mencionados autores, considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

3.2.2. Organización estructural del pensamiento depresivo

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas (Beck y colaboradores, 1979). Este concepto se utiliza para explicar por qué *mantiene* el paciente con depresión, qué actitudes le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos, el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus

respuestas a tipos de fenómenos similares. Siguiendo la teoría de Beck y colaboradores (1979) ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. La persona con depresión categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por situaciones ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes (Beck y colaboradores, 1979). El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. Según dichos autores, a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos preponderantes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el

pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato (Beck y colaboradores, 1979).

3.2.3. Errores en el procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento de la persona que padece depresión mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, y colaboradores, 1979). Es posible destacar algunos de estos errores:

a. *Inferencia arbitraria* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

b. *Abstracción selectiva* (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

c. *Generalización excesiva* (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

d. *Maximización y minimización* (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

e. *Personalización* (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

f. *Pensamiento absolutista, dicotómico* (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad versus modos “maduros” (Beck y colaboradores, 1979). Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. A continuación, en la Figura 3 se esquematizan las características que diferencian ambas formas de pensamiento.

PENSAMIENTO PRIMITIVO	PENSAMIENTO MADURO
Dimensional y global: "Soy un miedoso".	Multidimensional: "Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente".
Absolutista y moralista: "Soy un despreciable cobarde".	Relativo, no emite juicios de valor: "Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco".
Invariable: "Siempre fui y seré un cobarde".	Variable: "Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra".
Diagnóstico basado en el carácter: "Hay algo extraño en mi carácter".	Diagnóstico conductual: Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos".
Irreversibilidad: "Como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema".	Reversibilidad: "Puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos".

Figura 3:

Diferencias entre el pensamiento primitivo y el pensamiento maduro según Beck y colaboradores (1979).

Según esta representación esquemática, observamos que la persona con depresión tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Según Beck y colaboradores (1979), la persona, consecuentemente, se considera a sí mismo como un “perdedor” (categórico, emite juicios de valor) y como una persona predestinada (déficits de carácter irreversibles).

3.3. La mirada del DSM-IV sobre la depresión

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2003), de ahora en adelante DSM IV, ubica a la depresión dentro de los Trastornos del Estado del Ánimo, los cuales se caracterizan principalmente por una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. A continuación serán descritos brevemente los trastornos que se encuentran dentro del apartado de trastornos depresivos:

- El *trastorno depresivo mayor* se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, con una durabilidad de al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos cuatro síntomas de depresión (estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, cada día; disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en las actividades; pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión; pensamientos recurrentes de muerte, e ideación suicida recurrente).
- El *trastorno distímico* se define por la presencia de al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros

síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un trastorno depresivo mayor.

- El *trastorno depresivo no especificado* incluye aquellos trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, ni un trastorno distímico.

Existen diversos indicios para detectar a alguien que padece depresión, el DSM IV (2003), plantea que en la mayoría de los casos los sujetos describen su propio estado de ánimo como depresivo, triste, desesperanzado, o desanimado, aunque también hay quienes se quejan de sentirse ansiosos. La presencia de un estado de ánimo depresivo también puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (por ejemplo, molestias y dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza.

Según el DSM IV (2003), muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (por ejemplo, ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). Suele haber pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida, los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (DSM IV, 2003).

En los trastornos depresivos también se encuentra una alteración del sueño, por lo general se trata de insomnio, ya sea por la dificultad para dormir, o bien por despertarse durante la noche y tener problemas para volver a conciliar el sueño. Aunque es probable, pero menos frecuente, que los sujetos presenten exceso de sueño, es decir, hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Según el DSM IV (2003), suelen presentarse también, cambios psicomotores como la agitación (por ejemplo, incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o bien, el enlentecimiento (por ejemplo, lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva.

Resulta importante remarcar, que es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga, esto probablemente logre reducir la eficacia con que se realizan las tareas (DSM IV, 2003). El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones y rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados. Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa, según el DSM IV (2003), puede tener proporciones delirantes (por ejemplo, un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, además pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas, estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. Según el DSM IV (2003) la frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables: los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 minutos) y recurrentes una o dos veces a la semana. Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (por ejemplo, una cuerda o un arma) para usarlos en

la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Siguiendo con la teoría de dicho manual, si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento una persona deprimida va a intentar el suicidio.

Según el DSM IV (2003), el grado de incapacidad asociado a un trastorno depresivo es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (por ejemplo, comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Los sujetos con depresión por lo general presentan síntomas como llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor, como por ejemplo, cefaleas o dolores articulares, y abdominales (DSM IV, 2003). Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (por ejemplo, anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Según el DSM IV (2003) pueden presentarse problemas en la pareja (por ejemplo un divorcio), problemas laborales (por ejemplo la pérdida del trabajo), problemas escolares (como ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos, pero la consecuencia más grave de un episodio depresivo es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

Según el DSM IV (2003), los síntomas de un episodio depresivo suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas

depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido, es decir, previo a la enfermedad (DSM IV, 2003).

3.4. Depresión y sobrepeso

Ceja Espiritu, Vizcaino Orozco, Tapia Vargas, Cadenas Freixas, Baltazar Rodriguez, y Montero Cruz (2010) exponen que el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia mundial que a pesar de la cantidad de esfuerzos realizados en investigación no se han logrado controlar. Se ha concluido que dichos trastornos de la alimentación están fuertemente relacionados con los trastornos del estado del ánimo, principalmente la depresión. Lo que no está claro es el sentido de la asociación: si el sobrepeso puede producir depresión, o si son éstos los que podrían favorecer el exceso de peso (Ceja Espiritu y colaboradores, 2010). El sobrepeso constituye un trastorno multifactorial, resultante de factores etiopatogénicos variados: bio-psico-sociales. Rojas, Brante, Miranda y Pérez-Luco (2011) plantean que las tendencias depresivas son esperables en aquellas personas con sobrepeso (especialmente en mujeres) así como el aumento de la ansiedad, autoconcepto negativo, mayor frecuencia de trastornos de la alimentación y menor interacción social. Según Calderón, Forns y Varea (2009), la comorbilidad entre depresión y trastornos de la alimentación está bien establecida. Las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro nuestra salud (Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008). Dentro del tratamiento para bajar de peso, en muchas ocasiones las dificultades para el descenso no se deben únicamente a los inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad

física, sino que están muy relacionados con los índices de ansiedad y de depresión (Calderón y colaboradores, 2009).

Para concluir, se cita dos investigaciones, una arroja resultados que vinculan los factores psicológicos ya mencionados con el sobrepeso, y la otra, a través del estudio, no muestra resultados convincentes de dicha asociación. Por un lado, un estudio realizado en México, sostiene que los pacientes con sobrepeso presentan niveles de ansiedad y depresión significativos, además expresan insatisfacción con su peso y en su ambiente laboral. Por lo tanto cabe hipotetizar que a mayor grado de IMC, mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal y, al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con el sí mismo y el ambiente (Ríos Martínez y colaboradores, 2008). Sin embargo, también es posible hipotetizar que no se trata de una relación causa-efecto, ya que Ceja Espíritu y colaboradores (2010), al comparar estos resultados con una muestra de sujetos sin sobrepeso, encontraron que no existen diferencias significativas entre ambas muestras.

CAPÍTULO 4: ANSIEDAD

4.1. ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad, según Silvestri y Stavile (2005) consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Esta respuesta, se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural del ser humano. La sensación de ansiedad, aunque con diferente intensidad, ha sido experimentada por todos en diversas situaciones a lo largo de nuestras vidas. Etimológicamente, la palabra ansiedad proviene del latín "*anxietas*", que significa congoja o aflicción. Esta emoción humana, según Cía (2002) consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. La ansiedad no sólo aparece por peligros externos, sino también por otros, de carácter interno y subjetivo (Silvestri y Stavile, 2005). Esta respuesta ansiosa puede tener diferentes niveles de intensidad, variando desde niveles leves hasta severos. Cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud, de intranquilidad y desasosiego. Por el contrario, cuando es muy severa puede llegar a paralizar a la persona, dificultando su accionar en la vida diaria, pudiendo llegar a transformarse en pánico (Cía, 2002). Cuando el nivel de ansiedad llega a estos niveles, Silvestri y Stavile (2005) plantean que la mejor opción es intentar reducirlo, la

forma más efectiva es eliminar el peligro que la ha provocado, pero esto no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante; 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 (Sierra, Ortega y Zubedat, 2003).

Existen diferentes definiciones de ansiedad, en todas ellas se admite que es una respuesta emocional compleja, potencialmente adaptativa y fenomenológicamente pluridimensional, en la que coexisten una percepción de amenaza al organismo con una activación biológica orientada a reaccionar ante tal percepción (Martín Santos y colaboradores, 2000 citados en Vallejo, 2006).

Es posible distinguir varios tipos de respuestas de ansiedad, los cuales se detallan a continuación (Sierra y colaboradores, 2003):

Respuestas fisiológicas: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, sensación de “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, rigidez muscular, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad, alteraciones del sueño, etc.

Respuestas psicológicas: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o desesperación, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, etc. En casos extremos se puede llegar a temer a la muerte e incluso se puede intentar o consumar un suicidio.

Respuestas conductuales: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, paralización, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto. Estas respuestas suelen acompañarse de cambios en la expresividad corporal, como posturas cerradas, rigidez, movimiento de manos y brazos, tensión de mandíbulas, cambios en la voz, etc.

Respuestas cognitivas: dificultades en la atención, concentración y memoria, descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de las dudas, sensación de confusión, tendencia a recordar eventos desagradables, abuso de la prevención y la sospecha, etc.

Respuestas sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, tartamudeo, sensación de “quedarse en blanco” a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones, etc.

Cabe destacar que en la actualidad existe la tendencia a utilizar las palabras ansiedad y angustia casi indistintamente, como si fuesen sinónimos, a pesar de que antiguamente se puso mucho énfasis en diferenciarlas, por considerar que ofrecían matices psicopatológicos muy diferentes. Es por esto que resulta indispensable poder diferenciarlas: la angustia estaría más relacionada con un componente físico o somático, mientras que la ansiedad con un componente psíquico (Vallejo, 2006). Del mismo modo, se diferencian por la manera en que son vivenciadas: mientras la angustia se vive como una amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad se siente más bien como la posibilidad de que pueda ocurrir “cualquier cosa”, como incertidumbre e inseguridad (Cía, 2002).

En el presente trabajo se trabajará con el concepto de ansiedad, en relación a la conducta alimentaria y sus implicancias sobre la misma, sobre lo cual se abordará en las siguientes páginas.

4.2. Ansiedad normal y ansiedad patológica

Cía (2002) nos advierte de la necesidad de diferenciar dos vertientes de la ansiedad: una se denomina ansiedad normal, y la otra, ansiedad patológica.

La ansiedad, como respuesta normal del organismo, puede definirse como una emoción psicobiológica básica, adaptativa que se presenta frente a un desafío o peligro presente o futuro. Tiene como finalidad motivar conductas apropiadas para superar dicha situación. En este sentido, dicho autor considera que está ligada al instinto de conservación de la especie y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. Sin embargo, la ansiedad también puede transformarse en una respuesta patológica. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza (Cía, 2002). Es decir, es una respuesta exagerada que no está necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo sino que su aparición o desaparición son aleatorias. Ocurre de modo innecesario y desproporcionado, perturbando el funcionamiento cotidiano e interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar (Cía, 2002).

4.3. Componentes de la respuesta ansiosa

Como se mencionó en la definición, la respuesta ansiosa puede considerarse fenomenológicamente pluridimensional. Con ello nos referimos a que las diversas manifestaciones de la respuesta ansiosa pueden provenir de sistemas o ejes diferentes e integrados. En general se reconocen tres ejes: a) corporal o fisiológico, b) cognitivo y c) motoras o del comportamiento (Sue, Sue y Sue, 1995; Vallejo, 2006). También se ha identificado un cuarto componente en relación a las emociones (Cía, 2002). A continuación se expone brevemente en qué consiste cada uno de ellos:

El *componente o sistema fisiológico de la ansiedad*, se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, con incremento de la tasa cardíaca y

respiratoria, aumento de la sudoración y del tono muscular. Según Vallejo (2006), algunas de las manifestaciones corporales de la ansiedad son: opresión torácica, dificultad respiratoria, debilidad generalizada, sequedad en la boca, temblor, sudoración, palpitaciones, taquicardia, mareos, dificultad al tragar, náuseas, dolor abdominal, disfunción sexual, parestesias, cefaleas, etc. Asimismo, la persona que presenta indicadores de ansiedad puede quejarse de una sensación de nudo en el estómago o en la garganta, así como de una sensación de estar flotando (Vallejo, 2006).

El *eje cognitivo*, se refiere al conjunto de pensamientos, ideas, creencias o imágenes que acompañan a la ansiedad. En un sentido amplio puede comprender toda la percepción o evaluación individual del estímulo, incluyendo recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripciones de la ansiedad y quejas asociadas a preocupaciones, obsesiones, incapacidad de concentrarse e inseguridad (Vallejo, 2006). Los síntomas cognitivos pueden variar desde una preocupación leve o una sensación de fallar o de vergüenza, a la convicción, en las formas más graves, de un destino inminente: el fin del mundo o la muerte. Generalmente los pensamientos giran en torno a posibles peligros, ya sean presentes o futuros; son pensamientos negativos y autoderrotistas acerca de sí mismo y su circunstancia.

Beck y sus colegas (Beck y Emery, 1985 citados en Cía 2002; Beck y Clark, 1988 citados en Cía, 2002) proponen que las personas que manifiestan ansiedad, al igual que las personas con síntomas depresivos, tienen un procesamiento de la información que se ve interferido por esquemas desadaptativos que distorsionan sistemáticamente procesos como la percepción, la acumulación y la recuperación de la información. En el caso de la persona con manifestaciones ansiosas, procesan selectivamente los pensamientos e imágenes ligados a la ansiedad, con un sentido exagerado de vulnerabilidad. De este modo, los sesgos cognitivos de las personas con síntomas ansiosos son, por ejemplo: 1- ser hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación; sin responder del mismo modo a los aspectos positivos o benignos; 2- poder percibir casi

todos los estímulos como peligrosos; y 3- interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes (Beck y Emery, 1985 citados en Cía, 2002).

Bell-Dolan (1995), considera que estas cogniciones influyen en los demás componentes de la respuesta ansiosa. Para dicho autor, cuando las personas experimentan ansiedad distorsionan la información acerca de sí mismos, el mundo y el futuro como señales de peligro y pierden la posibilidad de evaluar con un pensamiento objetivo y reflexivo la situación problemática, y por consiguiente no pueden responder a ella con conductas flexibles y adaptativas, haciéndolo por el contrario de manera estereotipada. Según Vallejo (2006), la persona que presenta indicadores de ansiedad puede sentirse tenso, expectante, inseguro, nervioso, angustiado y con una sensación de que algo malo le va a ocurrir. Se muestra vigilante y subestima su capacidad de adaptación.

Resulta importante aclarar aquí que los trastornos por ansiedad no implican una pérdida del contacto con la realidad: las personas que los presentan por lo general pueden continuar con la mayor parte de los asuntos cotidianos de su vida. Aunque estas personas se percaten de la naturaleza ilógica y autoderrotante de algunas de sus cogniciones, parecen incapaces de controlarlas (Vallejo, 2006).

Retomando los ejes anteriormente mencionados, por su parte, el *eje comportamental* se refiere a la conducta específica resultado de la emoción ansiosa, que puede implicar la evitación de la situación que la provoca o su difícil afrontamiento (Vallejo, 2006). Los ejemplos más comunes de cambios comportamentales incluyen: comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos, temblores o inquietud motora, aumento o disminución de la gesticulación, etc.

Si bien pocos autores lo consideran como un cuarto componente, Cía (2002) menciona las *emociones* como un eje más de la respuesta ansiosa. Este eje incluiría a las sensaciones de angustia, miedos, aprensión e irritabilidad. Izard (1972 citado en Cía, 2002)

propone que la ansiedad comprende al miedo y a dos o más de las emociones fundamentales del distrés, como pueden ser la vergüenza -que incluiría la timidez y/o la culpa-, la rabia, o una emoción positiva como el interés o la excitación.

4.4. Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo

Spielberger (1966, citado en Cía, 2002) propone la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de personalidad.

La ansiedad como estado se caracteriza por la presencia de síntomas ansiosos, es decir, por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo, en un momento concreto y definido. Estas circunstancias son percibidas como amenazantes, independientemente del peligro objetivo que la situación implique. Este tipo de ansiedad es considerado situacional, es experimentada por las personas en relación a ciertas situaciones u objetos que la desencadenan. Por ejemplo, una persona con una fobia específica como la claustrofobia, experimenta los síntomas ansiosos cuando se encuentra en lugares cerrados (Spielberger, 1966 citado en Cía, 2002).

Por su parte, la ansiedad como rasgo, o tendencia ansiosa, ha sido definida como una diferencia individual, o tendencia relativamente estable en la predisposición ansiosa (Spielberger, 1970 citado en Cía, 2002). Vallejo (2006), menciona que la ansiedad-rasgo es la tendencia durante un largo período de tiempo a enfrentarse o interactuar con el entorno con un excesivo grado de ansiedad; por lo que se puede corresponder con la personalidad ansiosa. Para este autor, estas personas presentan una ansiedad flotante que se puede definir como una emoción ansiosa persistente y mantenida sin causa aparente pero que se pone de manifiesto ante diversos acontecimientos o sucesos.

Spielberger y colaboradores (1984, citados en Cía, 2002) afirman que las personas con tendencia o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés, presentan un rango más amplio de situaciones que viven como peligrosas o amenazantes y tienden a ver el mundo de este modo. Es por ello, que experimentan reacciones de ansiedad estado de manera más frecuente y con mayor intensidad que las personas sin esta tendencia.

4.5. Trastornos de ansiedad

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2003), reconoce en su sección de “Trastornos de Ansiedad” a las siguientes entidades diagnósticas: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Advierte además que en el contexto de todos estos trastornos pueden aparecer crisis de angustia y agorafobia, por lo que se expone, por separado y al principio de la sección, los criterios para el diagnóstico de estas dos entidades. Brevemente pueden ser caracterizadas como:

> **Crisis de angustia (panic attack):** aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o perder el control.

> **Agorafobia:** aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea

imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

A continuación se detalla de manera concisa en qué consiste cada trastorno de ansiedad (DSM IV, 1994):

> **El trastorno de angustia sin agorafobia** se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación al paciente. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.

> **La agorafobia sin historia de trastorno de angustia** se determina por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.

> **La fobia específica** se identifica por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

> **La fobia social** se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

> **El trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por obsesiones, que causan ansiedad y malestar significativos; y/o compulsiones, cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad.

> **El trastorno por estrés postraumático** se identifica por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

- > **El trastorno por estrés agudo** se describe por un conjunto de síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.

- > **El trastorno de ansiedad generalizada** se determina por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

- > **El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y el trastorno de ansiedad inducido por sustancias** se caracterizan por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente o a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico, respectivamente.

- > **El trastorno de ansiedad no especificado** incluiría aquellos trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominentes, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos mencionados.

4.6. Ansiedad y sobrepeso

Ríos Martínez y colaboradores (2008) sostienen que existen muchas investigaciones que demuestran la relación entre el exceso de peso y complicaciones médicas, como puede ser la diabetes, la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, y problemas óseos; sin embargo, poco se sabe a ciencia cierta sobre la relación entre el sobrepeso y problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad, trastornos de personalidad, u otra psicopatología. Los autores mencionados plantean que, si bien no se puede asegurar la presencia de trastornos psicológicos o algún perfil de personalidad específico en personas con sobrepeso, existe la posibilidad de que sus índices de depresión y ansiedad, principalmente, sean más elevados que en el resto de la población (Ríos Martínez y colaboradores, 2008).

Silvestri y Stavile (2005) establecen una posible relación entre la ansiedad y la conducta alimentaria. Plantean que el comer, o más exactamente el masticar, al suponer un gasto de energía, se transforma en una forma de reducir la ansiedad. Entonces, si el comer es utilizado como recurso “anti-ansiedad” y se transforma en hábito, es probable que se desarrolle un círculo vicioso donde la ansiedad, sólo se reduce ingiriendo alimentos, los cuáles no siempre son los adecuados. La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con el sobrepeso es la ansiedad generalizada, es decir, aquella que está presente en niveles no tan elevados, pero es casi permanente. Es por esto, que se consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer y; al ser constante su presencia (y por ende su método de reducción), provoca en muchos casos, exceso de peso (Silvestri y Stavile, 2005). Coincidiendo con esta misma línea, se encuentran dos trabajos de investigación; por un lado, Kaplan y Kaplan (1957, citado en Silvestri y Stavile, 2005) proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto con sobrepeso como mecanismo para reducir la ansiedad y, por otro lado; Calderón y colaboradores (2009) llegaron a una conclusión similar, ya que plantean que aquellas personas que padecen sobrepeso, o bien obesidad en cualquiera de sus grados, tienden a confundir los estados emocionales con la sensación de hambre, lo que los lleva a paliar la ansiedad comiendo.

A través de su investigación, Ríos Martínez y colaboradores (2008) lograron comparar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en personas con y sin sobrepeso. Los autores recientemente mencionados trabajaron con una muestra total de 296 adultos de entre 18 y 79 años, y concluyeron que el primer grupo poseía mayores niveles de ansiedad y depresión, como así también expresaron sentirse menos satisfechos consigo mismos, en diferentes ámbitos. Esto coincide con el trabajo, anteriormente mencionado, de Calderón y colaboradores (2009), quienes observaron que los pacientes con exceso de peso se caracterizaban por la mayor presencia de síntomas tanto de ansiedad, como de depresión. A diferencia del primer estudio, en este caso se trabajó con una muestra de 281 jóvenes de entre 11 y 17 años.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: MARCO METODOLÓGICO

5.1. Objetivos e hipótesis

El presente trabajo de tesina tuvo como objetivo general, explorar los niveles de autoestima, depresión y ansiedad en adultos con sobrepeso. En este marco, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Explorar los niveles de autoestima, depresión y ansiedad en adultos con y sin sobrepeso, todos habitantes de la Provincia de Mendoza.
- Comparar las variables autoestima, depresión y ansiedad de las personas con sobrepeso, con los niveles obtenidos por las personas sin esta característica.
- A partir de los resultados obtenidos proponer estrategias de promoción de la salud para el grupo de adultos con sobrepeso.

Se proponen estos objetivos con la hipótesis de que los adultos con sobrepeso poseen un nivel más bajo de autoestima, y mayor nivel de depresión y ansiedad que los adultos que no poseen dicha característica.

5.2. Diseño de investigación

5.2.1. Enfoque de investigación

En el presente trabajo de tesina se trabajó con un enfoque cuantitativo. Siguiendo a Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2010) este enfoque se caracteriza por un planteo del problema delimitado y concreto, cuyas preguntas de investigación se refieren a cuestiones específicas. Se realiza una recolección de datos numérica de los objetos, fenómenos o participantes que estudia. Estos datos son posteriormente analizados mediante procedimientos estadísticos y finalmente, los resultados de este análisis se utilizan para probar o rechazar hipótesis, establecer patrones de comportamiento y eventualmente probar o desestimar teorías.

5.1.1. Diseño metodológico

Dado el alcance de esta investigación, el tipo de estudio es descriptivo, en la medida en que pretende describir determinados fenómenos, situaciones, contextos o eventos, es decir, detallar como son o como se manifiestan (Hernández Sampieri y cols., 2010). Este tipo de estudios miden de manera independiente los conceptos o variables a los que se refieren, para especificar las propiedades de las personas o grupos que se incluyen en el estudio (Hernández Sampieri, Collado, y Lucio, 2010).

Además, al no contar con la manipulación de variables y observar situaciones ya existentes, tal como se ven en su entorno natural, se trata de un **Diseño no Experimental Cuantitativo**, de tipo **Transversal con Encuestas** (Montero y León, 2007).

5.2. Participantes y muestra

La muestra total con la que se trabajó fue de 60 participantes, distribuidos en dos grupos: el grupo de adultos con sobrepeso y el grupo de adultos sin sobrepeso. El

grupo de adultos con sobrepeso estuvo conformado 30 participantes, de ambos sexos, el 60% fueron mujeres y el 40%, hombres; miembros del Programa de Obesidad de la Obra Social de Empleados Públicos (O.S.E.P.) de la Ciudad de San Martín, Mendoza. El grupo de personas con sobrepeso presenta un rango de edad entre 22 y 65 años, con una media de 41 años, con una desviación estándar de 12. Los miembros de este grupo fueron escogidos de manera **Intencional** (León y Montero, 1993), ya que se optó por un procedimiento de selección informal y arbitraria en función de los objetivos previamente establecidos; esto es, una cuidadosa elección de personas con determinadas características especificadas previamente en el planteamiento del problema; además, como criterio de exclusión, se tuvo en cuenta que los participantes no se encuentren realizando tratamiento psicofarmacológico, lo cual podría alterar las respuestas del participante. Se trata de una muestra **no probabilística** (Hernández Sampieri y colaboradores, 2010), es decir que las conclusiones que se deriven de este trabajo no podrán generalizarse a toda la población, sino que sólo deben ajustarse a la muestra utilizada. De este modo, la validez a la que apunta esta investigación sería una **validez interna**, representativa de este grupo de sujetos y no de otros; por lo tanto no es generalizable.

Por otro lado, el grupo de participantes sin sobrepeso estuvo conformado también por 30 participantes, de ambos sexos, el 63% mujeres y el 37% restante, hombres; ubicados en un rango de edad entre 24 y 65 años, con una media de 41.40 años, con una desviación estándar de 10.16. Los miembros de este grupo fueron escogidos según los siguientes criterios de inclusión/exclusión: ser mayores de edad y que no hayan sido diagnosticados de sobrepeso u obesidad, al menos en los últimos dos meses.

5.3. Instrumentos de evaluación. Descripción y propiedades psicométricas

5.3.1. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Partiendo de la teoría planteada por Rosenberg (1965) la autoestima es considerada una orientación positiva o negativa hacia uno mismo; implica una evaluación completa sobre el valor de uno mismo.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) es una escala de formato likert. Este tipo de escalas consta de un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que exprese su opinión eligiendo una de las categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones (Hernández Sampieri y colaboradores, 2010). La Escala de Autoestima consta de 10 frases, 5 de ellas están enunciadas de forma positiva y 5 en forma negativa; las cuales se encuentran intercaladas. El contenido de los ítems es de carácter general, permitiendo así, obtener datos sobre el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que la persona tiene consigo misma. La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta, las cuales son: Muy de acuerdo (la cual corresponde a puntaje 1), De acuerdo (corresponde puntaje 2), En desacuerdo (3) y Muy en desacuerdo (4).

En cuanto al sistema de puntuación, a los ítems 2, 5, 6, 8 y 9 les corresponde la puntuación anteriormente mencionada, es decir: si el sujeto marcó Muy de acuerdo, se puntúa 1; si respondió De acuerdo, se puntúa 2, y así sucesivamente. En el caso de los ítems 1, 3, 4, 7 y 10 se sigue un orden inverso de puntuación, es decir, si el sujeto escogió Muy de acuerdo, puntúa 4; si escogió De acuerdo, puntúa 3; si marcó la opción En desacuerdo, puntúa 2, y si escogió Muy en desacuerdo, puntúa 1.

De esta forma, a través de la sumatoria de todos los resultados obtenidos, se llega al puntaje total, éste puede variar entre 10 (muy baja autoestima) y 40 (autoestima muy alta), mientras más alto es el puntaje, más elevada autoestima. En su versión original, la técnica presenta una escala que, según el puntaje obtenido, corresponde a un nivel de autoestima. Es decir, si el puntaje total suma 10, implica Autoestima muy baja; si el puntaje total se ubica entre 11 y 26 puntos, implica autoestima baja; si se encuentra entre 27 y 39 puntos, corresponde a autoestima media y por último, si el puntaje total es 40, implica autoestima alta.

La confiabilidad se refiere al hecho de que un procedimiento de recolección de datos lleva siempre a la obtención de la misma información, dentro de una situación dada, independientemente de quién recoja los datos o del momento en que se realice. Es decir, implica que un procedimiento determinado permita obtener resultados similares cuando se cumplan las mismas condiciones. La validez, hace referencia al grado en que las pruebas miden realmente lo que afirman medir.

Esta escala de autoestima se considera un instrumento ampliamente validado a través de su aplicación en múltiples investigaciones psicológicas (Curbow y Somerfield, 1991; Kernis y Grannemann, 1991; Roberts y Monroe, 1992), ya que posee un coeficiente alfa de .93 (Rosenberg, 1965) y una consistencia interna que varía de .76 a .87 (Curbow y Somerfield, 1991).

5.3.2. Inventario de Depresión (Beck, 1961)

El Inventario de Depresión consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la Teoría Cognitiva de la Depresión de Beck.

Dicho inventario proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems. Al ser una técnica de respuesta múltiple, cada ítem que el sujeto escoge posee una puntuación determinada que oscila entre 1 y 3 puntos, acorde a la gravedad de los síntomas que presenta.

Las puntuaciones obtenidas se traducen como Depresión ausente o mínima, leve, moderada o grave. Es posible ubicarse dentro de una escala a partir de la puntuación: si el sujeto obtiene una puntuación de 10.9 puntos, implica Depresión ausente o mínima, si la puntuación total es de 18.7 puntos, corresponde Depresión leve; si es de 25.4 puntos, implica Depresión moderada; y si puntúa 30 puntos, indicaría Depresión grave.

En su versión original, la técnica posee un coeficiente alfa de .83.

5.3.3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)

El cuestionario consta de dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. La escala A-Estado contiene 20 afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten en un momento dado, y la escala A-Rasgo contiene también 20 elementos pero las instrucciones requieren que los sujetos describan cómo se sienten generalmente. Es una escala de multirespuesta, por lo tanto, cada ítem posee varias opciones de respuesta, cada una con una puntuación ya asignada. Estas son: Casi nunca (corresponde a puntaje 0), A veces (le corresponde 1), A menudo (puntaje 2), y Casi siempre (corresponde a puntaje 3). Esta regla se aplica a todos los ítems, menos a los siguientes: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39. Ya que en éstos se altera la puntuación, es decir, se procede de modo inverso, al igual que en la Escala de Autoestima: Casi nunca (puntúa 3), A veces (puntúa 2), A menudo (puntúa 1), y Casi siempre (puntúa 0). Así, la sumatoria total arroja un resultado que

puede ubicarse de 0 a 60, para luego transformarse en centiles que van de 50 a 99, en función del sexo y la edad.

La técnica, en su versión original, presenta un coeficiente alfa es de .70.

A los fines de la investigación sólo se aplicó el apartado dedicado a la Ansiedad Rasgo, entendida por los autores como la propensión ansiosa relativamente estable.

5.4. Procedimiento

5.4.1. Procedimiento ético

Respecto al grupo de adultos con sobrepeso, al iniciar el trabajo de tesina, se contactó con el Director de la Delegación Este de la Obra Social de Empleados Públicos, a quien se le explicó los objetivos y alcances de la investigación, así como las consideraciones éticas a tener en cuenta en la metodología de trabajo y se solicitó la posibilidad de contar con la participación de los afiliados participantes del Grupo de Obesidad. Una vez obtenida la autorización del Delegado de la institución, se procedió con el inicio del trámite de Seguro brindado por la Universidad y la presentación de la nota formal avalada por la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua. Una vez reunida con los pacientes del Programa, se les explicó cuáles eran los objetivos del estudio y las técnicas que se utilizarían. Como esta decisión debía ser libre e informada, se les informó acerca de los fines de la investigación, se aclaró que no se realizaría ningún tipo de diagnóstico, ni tratamiento psicológico, sino una evaluación de las variables en estudio.

Se trabajó con 30 participantes, quienes se encuentran distribuidos en tres grupos con diferentes horarios, acorde a su conveniencia. Se asistió a la institución en cada día y horario correspondiente, para no alterar el proceso que se lleva a cabo en cada encuentro de los miembros del Programa.

Por otra parte, se trabajó con el grupo de adultos sin sobrepeso, el cual también estuvo conformado por 30 sujetos, de ambos sexos. Los encuentros fueron, por lo general de carácter individual, a diferencia del grupo de adultos con sobrepeso. A cada uno de ellos se les informó de igual modo los fines de la investigación y se les aclaró que no se realizarían diagnósticos, ni tratamiento psicológico.

5.4.2. Procedimiento de administración y puntuación de los instrumentos de evaluación

Para la administración de las técnicas al grupo de adultos con sobrepeso se respetó la organización y los horarios ya establecidos por la institución. Las técnicas fueron administradas de manera grupal, en los mismos horarios de su actividad dentro del programa, por lo general al finalizar su control correspondiente. En este aspecto, la buena disposición y colaboración prestada, tanto por los participantes como de las nutricionistas que allí trabajan fue indispensable, ya que permitió llevar a cabo el trabajo en el tiempo y la forma planificada.

Luego de la toma de cada técnica, se procedió a trabajar con la puntuación de las respuestas que brindaron los participantes a cada técnica, se llevó a cabo siguiendo el procedimiento que cada instrumento establece.

5.5.3. Procedimiento de análisis de los datos

Una vez puntuados los instrumentos de evaluación, los datos fueron cargados en sistemas operativos para su análisis y evaluación. A tal fin fue utilizado el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (a partir de ahora SPSS) versión 11.5 y el programa Microsoft Office Excel 2007. Es importante destacar que no se presentaron datos ausentes o perdidos, es decir, que la totalidad de los participantes respondieron a la totalidad de ítems, en cada técnica.

Una vez preparados los datos, se realizaron los tratamientos estadísticos oportunos que permitieron conocer y describir las variables estudiadas y explorar la existencia o no de relación entre las mismas. Esto implicó, en un primer momento, un análisis para evaluar la normalidad de las variables, a tal fin se analizó la asimetría y la curtosis de las mismas para así evaluar las características de las variables. Dicho análisis reveló que los resultados se agrupan de una manera normal, ya que la asimetría y la curtosis de las variables estuvo comprendida entre -1 y 1. Es por esto que se decidió aplicar una Prueba *t* de Student para muestras independientes, para comparar ambas medias y poder establecer si existe o no una diferencia estadísticamente significativa entre los valores obtenidos por el grupo de adultos con sobrepeso, y el grupo sin dicha característica. La Prueba *t*, además de tener como requisito previo que las variables en estudio se comporten de manera normal, los datos deben ser independientes, es decir, en este caso, los participantes de ambos grupos deben ser diferentes. Luego de chequear que se cumplan ambos requisitos, se aplica dicha prueba de diferencia de medias a través del programa SPSS.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO 6: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

6.1. Análisis Preliminar

6.1.1. Análisis de valores ausentes

Una vez que se realizó la carga de los datos, se procedió al análisis de los valores ausentes. Se observó que no existió ningún valor ausente o perdido, es decir que todos los participantes respondieron a cada ítem de las técnicas empleadas.

6.1.2. Análisis de confiabilidad de los instrumentos para la muestra en estudio

La confiabilidad de cada instrumento para la muestra en estudio fue analizada a través del índice Alpha de Cronbach. Para que una medición sea confiable, éste debe ser igual o superior a .70 (Hernández Sampieri y colaboradores, 2010). El análisis inicial de la confiabilidad de la Escala de Autoestima de Morris Rosenberg (1965), para la muestra en estudio arrojó un alpha de .73. A través del análisis de confiabilidad de cada ítem se llegó a la conclusión de que descartando el ítem 1 de dicha escala se lograría elevar este índice a .83, incrementando así la confiabilidad de la medición. De allí que dicho ítem fue descartado y no se contempló en la sumatoria total. La sumatoria total de la Escala de Autoestima se realizó a partir de los siguientes ítems: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

En el caso del Inventario de Depresión propuesto por Beck (1961) el análisis de su confiabilidad para la muestra en estudio arrojó un alpha de .86. Para la sumatoria total se contempló la totalidad de los ítems del inventario.

Por último, la tercera técnica empleada fue la Escala de Ansiedad-Rasgo de Spielberger (1970), su confiabilidad para la muestra en estudio fue de .90 por lo tanto para la sumatoria total se utilizó la totalidad de ítems de la prueba.

6.1.3. Análisis de Asimetría y Curtosis

Se realizó un análisis de asimetría y curtosis de las variables en estudio (resultante de la sumatoria de los ítems de autoestima, depresión y ansiedad) y se observó que tanto la asimetría como la curtosis de cada variable en estudio se encuentran dentro de lo establecido como aceptable al encontrarse entre los valores 1 y -1 (Cortada de Kohan y Carro, 1962), por lo que se consideran variables cumplen el criterio de normalidad.

6.2. Caracterización de la muestra

A fin de brindar una caracterización de los dos grupos evaluados (participantes con sobrepeso y participantes sin sobrepeso), se indagaron las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado y condición laboral de ambos grupos.

El **grupo de adultos con sobrepeso**, estuvo conformado por un total de 30 participantes, el 60% de los mismos (18 participantes) fueron de sexo femenino; mientras el 40% restante (12 participantes) fueron de sexo masculino. Dicho grupo obtuvo como edad media 41.07 años, con una desviación estándar de 12; ubicados en un rango de 22 a 65 años. En cuanto al estado civil de los participantes con sobrepeso, el 63.3% eran casados, el 30% solteros y el 6.7% divorciados. Respecto al nivel educativo, el 46.7%, de los participantes con sobrepeso poseía estudios terciarios o universitarios completos, un porcentaje un tanto menor, el 30% poseía estudios terciarios o universitarios incompletos,

y el 23.3% restante estudios secundarios completos. Por último, se recabaron datos acerca de la condición laboral actual de los participantes con sobrepeso y es posible destacar que el 53.3% contaban con un empleo estable, esto hace referencia al tiempo, es decir, a que el trabajo sea fijo y se prolongue en el tiempo, y a la estabilidad económica (ingreso fijo mensual) como por ejemplo, docentes titulares de algún colegio, empleados públicos, etc., el 23.3% realizaba su trabajo de manera independiente, que serían aquellos participantes que desarrollan alguna actividad económica por cuenta propia, donde sus ingresos dependen del nivel de ventas o de servicios prestados, es el caso de mecánicos, albañiles, comerciantes, etc., el 10% se encontraba desocupado, y el porcentaje restante se distribuye entre un 6.7% que poseía un empleo temporal y otro 6.7% que se encontraba jubilado.

Por otro lado, el grupo de **adultos sin sobrepeso** estuvo conformado, al igual que el anterior por 30 participantes, de los cuales el 63.3% fueron de sexo femenino, mientras que el 36.7% fueron de sexo masculino. En cuanto a la edad de los participantes de este grupo, la media fue de 41.40 años, con una desviación estándar de 10.16; los cuales se ubicaron en un rango de edad entre 24 y 65 años. Respecto al estado civil, el 73.3% de los participantes estaba casado y el 26.7% soltero. En cuanto a la escolaridad alcanzada, se destaca que el 56.7% poseían sus estudios terciarios o universitarios completos, el 26.7% habían finalizado sus estudios secundarios y, un porcentaje menor, de 16.7% aún no finalizaban sus estudios terciarios o universitarios. Por último, en relación a la condición laboral de los participantes, cabe destacar que el 63.3% de los mismos, poseían empleo efectivo o estable, el 16.7% trabajaba de manera independiente, el 13.3% poseía empleo temporal y el 6.7% restante estaba jubilado.

6.3. Niveles de autoestima, depresión y ansiedad rasgo en adultos con y sin sobrepeso

El presente trabajo se propuso como primer objetivo explorar los niveles de autoestima, depresión y ansiedad en adultos con y sin sobrepeso. A tal efecto, se llevó a cabo un procedimiento de construcción de niveles, el cual consistió en tomar el puntaje mínimo y máximo de cada técnica empleada, para luego dividirlo en tres rangos. Tanto en la variable autoestima como en depresión y ansiedad, es posible ubicar los resultados obtenidos en: nivel bajo, nivel medio y nivel alto.

Como ya se ha mencionado en el apartado metodológico, se utilizó la Escala de Autoestima de Morris Rosemberg, la cual en su versión original consta de 10 ítems, los cuales al ser puntuados oscilan entre un puntaje total de 10 y de 40. Pero, debido a lo anteriormente explicitado, sólo se trabajó con 9 de los 10 ítems propuestos por el autor (se descartó el ítem 1), teniendo así como puntaje mínimo 9 y como puntaje máximo 36. Con la finalidad de estudiar la distribución de los adultos de ambos grupos en esta variable y siguiendo un criterio teórico, se dividieron los puntajes posibles en tres, conformando de esta forma tres niveles de autoestima: el nivel bajo, que abarca los puntajes comprendidos entre 9 y 18 puntos, el nivel medio con puntajes incluidos entre 19 y 27, y el nivel alto que contempla los puntajes entre 28 y 36 puntos.

Para medir la variable depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems que al ser puntuados y sumados, dan un puntaje total que oscila entre los 0 y 63 puntos. Se utilizó el mismo procedimiento de construcción de niveles anteriormente mencionado. De esta forma, quedaron establecidos tres niveles: nivel bajo, que abarca los puntajes comprendidos entre 0 y 20 puntos; el nivel medio con puntajes incluidos entre 21 y 41, y el nivel alto que contempla los puntajes entre 42 y 63 puntos.

Para medir la variable ansiedad, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, de Spielberger (1970). Este instrumento de evaluación contiene dos subescalas: la primera de Ansiedad Estado, que describe el nivel de ansiedad que manifiesta la persona en el momento específico en que fue evaluado, y la segunda, de Ansiedad Rasgo, se refiere al nivel cotidiano de ansiedad que manifiesta la persona, más allá de la situación en la que se encuentre, considerándose de esta forma, como un rasgo de personalidad. Para ambas subescalas se puede obtener un puntaje mínimo de 0 y uno máximo de 60. A los fines de la investigación, sólo se administró la subescala Ansiedad Rasgo. Se utilizó el mismo procedimiento de construcción de niveles anteriormente mencionado. De esta forma, quedaron establecidos también tres niveles: nivel bajo, que abarca los puntajes comprendidos entre 0 y 20 puntos, el nivel medio con puntajes incluidos entre 21 y 41, y el nivel alto que contempla los puntajes entre 42 y 60 puntos.

6.3.1. Niveles de autoestima, depresión y ansiedad rasgo en adultos con sobrepeso

6.3.1.1. Autoestima en participantes con sobrepeso

Respecto a los niveles alcanzados en la variable autoestima, dentro del grupo con sobrepeso es posible destacar que el 56.7% de los participantes presentaron un nivel medio de autoestima, es decir, diecisiete participantes. Mientras que diez participantes, es decir el 33.3% presentaron un nivel alto y, 3 en el nivel bajo, lo cual significa un 10% de la muestra. Resulta llamativo que más del 30% de los participantes con sobrepeso que integraban este grupo presentaron autoestima alta.

A continuación, en la Figura 4, se presentan los resultados obtenidos por los participantes con sobrepeso en la variable autoestima y se indica el nivel correspondiente expresado en frecuencias absolutas.

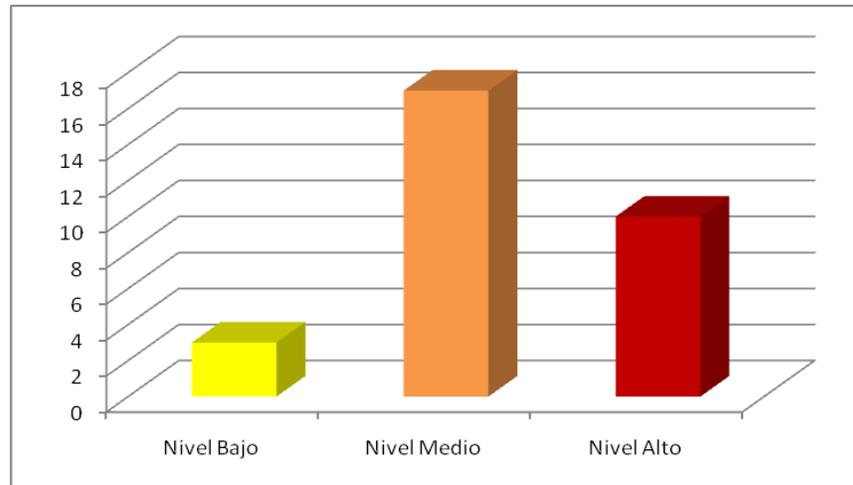


Figura 4

Niveles de autoestima en adultos con sobrepeso.

6.3.2.2. Depresión en participantes con sobrepeso

En cuanto a los resultados obtenidos por los participantes con sobrepeso en la variable depresión, se observó que el total de participantes de dicho grupo se ubican entre nivel bajo y nivel medio, ya que ninguno de los resultados de los participantes evaluados quedó contemplado dentro del nivel alto. Así, la mayoría quedó ubicado dentro del nivel bajo de depresión, con un total de dieciséis participantes, es decir, el 53.3%; y los catorce participantes restantes, que implican el 46.7% de la muestra, obtuvieron puntajes correspondientes al nivel medio de depresión.

A continuación, en la Figura 5 se presentan los resultados obtenidos por los participantes con sobrepeso en dicha variable y se indica el nivel correspondiente expresado en frecuencias absolutas.

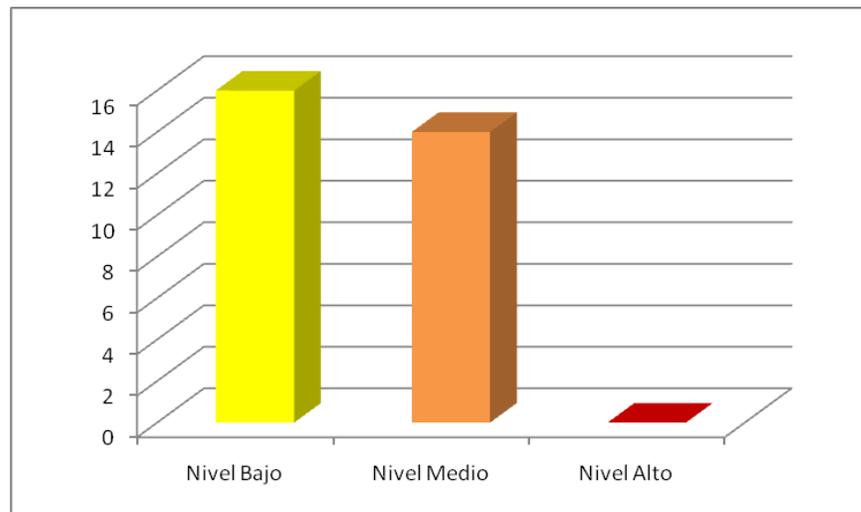


Figura 5

Niveles de depresión en adultos con sobrepeso.

6.3.3.3. Ansiedad rasgo en participantes con sobrepeso

En la variable ansiedad rasgo, los datos reflejaron que la mayoría de los participantes del grupo con sobrepeso se ubicó dentro del nivel medio, ya que de los treinta participantes que conformaron la muestra, veintiuno quedaron dentro de este nivel, es decir, el 70%. Sólo cinco participantes fueron contemplados en el nivel alto (16.7%) y, los cuatro participantes restantes (13.3%), en el nivel bajo.

A continuación, en la Figura 6 se presentan los resultados obtenidos por los participantes con sobrepeso en dicha variable y se indica el nivel correspondiente, expresado en frecuencias absolutas.

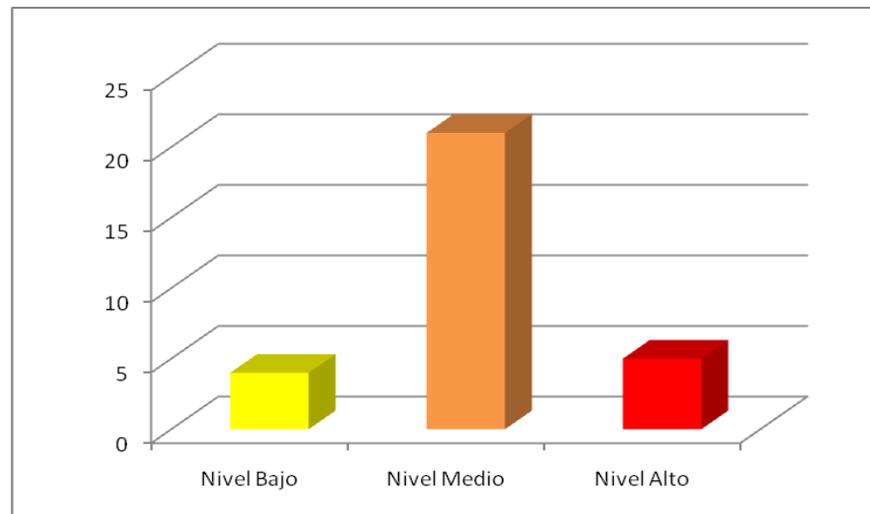


Figura 6

Niveles de ansiedad rasgo en adultos con sobrepeso.

6.3.2. Niveles de autoestima, depresión y ansiedad rasgo en adultos sin sobrepeso

6.3.2.1. Autoestima en participantes sin sobrepeso

Respecto a los niveles alcanzados en la variable autoestima en el grupo de participantes sin sobrepeso se observó que la mayoría se ubicaron dentro del nivel alto. De los treinta participantes sin sobrepeso, veinticuatro presentaron autoestima alta, es decir el 80%, mientras que sólo seis participantes sin sobrepeso que representan el 20% restante, se ubicaron dentro del nivel medio y ninguno en el nivel bajo. Resulta llamativo que el 80% de los participantes que integraron este grupo poseían autoestima alta, y ningún participante se ubicó dentro del nivel bajo.

A continuación, en la Figura 7 se presentan los resultados obtenidos por los participantes sin sobrepeso en dicha variable y se indica el nivel correspondiente, expresado en frecuencias absolutas.

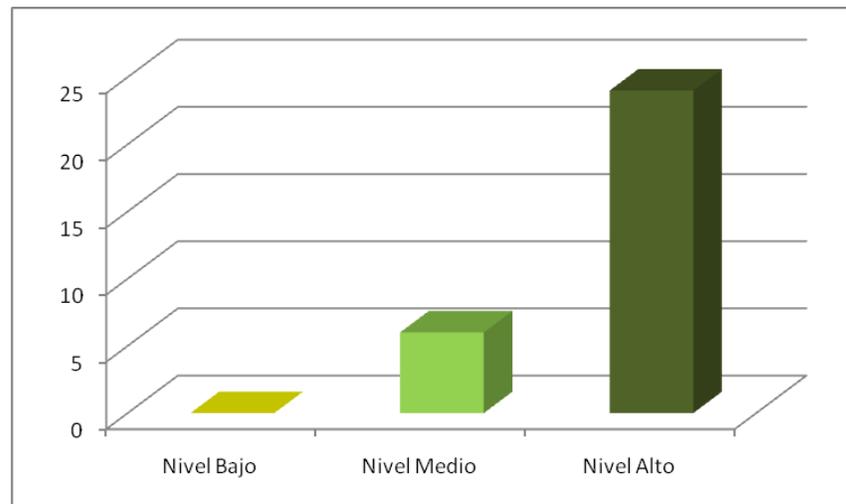


Figura 7

Niveles de autoestima en adultos sin sobrepeso.

6.3.2.2. Depresión en participantes sin sobrepeso

Respecto a los resultados obtenidos en la variable depresión, los datos reflejan que el total de participantes del grupo de participantes sin sobrepeso se ubican entre el nivel bajo y el nivel medio, ya que ninguno de los resultados de los sujetos evaluados quedó contemplado dentro del nivel alto. Así, la mayoría quedó ubicado dentro del nivel bajo, con un total de veintiocho participantes, es decir el 93%; mientras que sólo dos participantes obtuvieron puntajes correspondientes al nivel medio de depresión, representando el 7% restante, y ningún participante presentó un nivel alto de depresión.

A continuación, en la Figura 8 se presentan los resultados obtenidos por los participantes sin sobrepeso en dicha variable y se indica el nivel correspondiente, expresado en frecuencias absolutas.

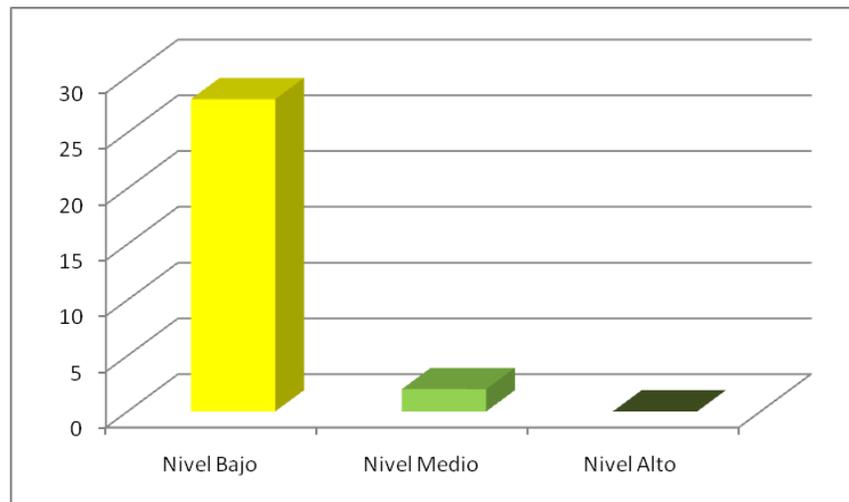


Figura 8

Niveles de depresión en adultos sin sobrepeso.

6.3.2.3. Ansiedad rasgo en participantes sin sobrepeso

En cuanto a los niveles de ansiedad rasgo detectados en el grupo de adultos sin sobrepeso, encontramos que la totalidad de participantes se distribuye entre los niveles bajo y medio, ninguno de los puntajes obtenidos llegó a catalogarse como nivel alto. Así, la mayoría presenta un nivel bajo de ansiedad rasgo; de los treinta participantes del grupo, dieciocho participantes quedaron contemplados dentro de este nivel, representando el 60%; mientras que doce participantes presentaron puntajes que se ubican en el nivel medio, es decir, el 40% restante.

A continuación, en la Figura 9 se presentan los resultados obtenidos por los participantes sin sobrepeso en dicha variable y se indica el nivel correspondiente, expresado en frecuencias absolutas.

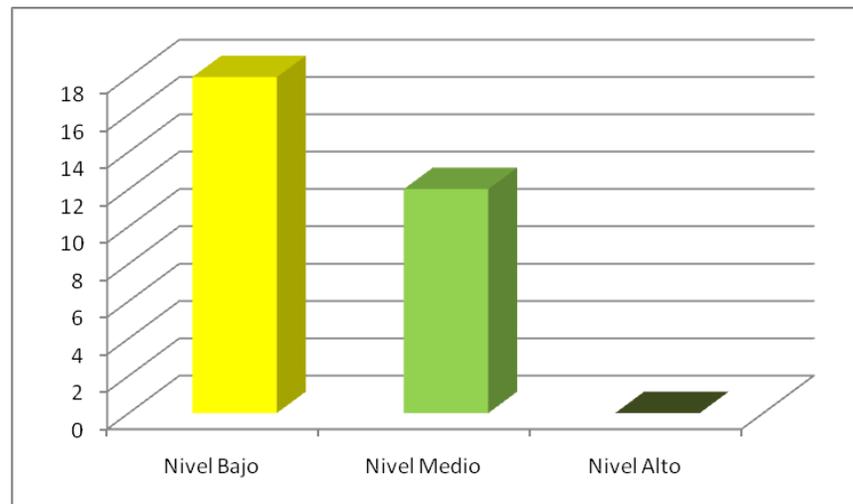


Figura 9

Niveles de ansiedad rasgo en adultos sin sobrepeso.

6.4. Comparación de las variables autoestima, depresión y ansiedad en ambos grupos

El presente estudio se propuso como segundo objetivo *“comparar las variables autoestima, depresión y ansiedad de las personas con sobrepeso, con las mismas variables del grupo de personas sin esta característica”*. Para tal fin se aplicó la Prueba *t* de Student para muestras independientes, ésta es una prueba paramétrica que se utiliza para comparar las medias de dos poblaciones independientes, es decir, que los individuos de una población, son diferentes a los de la otra (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2010).

A partir de la aplicación de dicha prueba se analizó que si existían o no diferencias estadísticamente significativas en cada variable en estudio entre los participantes con y sin sobrepeso. A continuación, en la Tabla 1 se presentan los principales resultados obtenidos.

Tabla 1

Prueba t de Student para muestras independientes. Autoestima, depresión y ansiedad rasgo en adultos con y sin sobrepeso.

Variables en estudio	Con sobrepeso		Sin sobrepeso		t	p
	M	DS	M	DS		
Autoestima	24.83	5.011	30.47	2.945	-5.309	0.01
Depresión	17.6	8.144	6.8	5.863	5.895	0.013
Ansiedad R.	29.93	9.277	20.07	10.761	3.804	0.626

Los resultados obtenidos indican que existe una diferencia estadísticamente significativa en la variable autoestima, donde se obtuvo una media de 24.83 en el grupo de participantes con sobrepeso con una desviación estándar de 5.011, mientras que en el grupo de participantes sin sobrepeso la media fue de 30.47 con una desviación estándar de 2.945. La prueba aplicada arrojó un valor t de -5.309, con un valor p de 0.01. Éste al ser menor a 0.05 indicaría que la diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa (Cortada de Kohan y Carro, 1962). Así se destaca que el grupo de participantes sin sobrepeso presentó significativamente puntajes más elevados de autoestima que aquellos participantes con sobrepeso.

Asimismo, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable depresión. La media fue de 17.6 con una desviación estándar de 8.144 en el grupo de participantes con sobrepeso y, en el grupo sin sobrepeso la media fue de 6.8 con una desviación estándar de 5.863. El valor t fue de 5.895 con un valor p de 0.013. Éste al igual que en el caso anterior, al ser menor a 0.05 indicaría que la diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa (Cortada de Kohan y Carro, 1962). Es decir, se rechaza la hipótesis nula (Escalante Gómez y Caro Martín, 2002), que expresaría la igualdad de valores en ambos grupos. En la variable depresión se observó una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo con sobrepeso. Vale decir, los

participantes con sobrepeso presentaron puntajes significativamente mayores en depresión que los participantes sin sobrepeso.

Por último, se evaluaron los resultados obtenidos en la variable ansiedad rasgo, los cuales indicaron que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. La media en el grupo de participantes con sobrepeso fue de 29.93 con una desviación estándar de 9.277, mientras que en el grupo sin sobrepeso la media fue de 20.07 y la desviación estándar de 10.761. Si bien no se observó una diferencia estadísticamente significativa, encontramos mayores puntajes de ansiedad rasgo en el grupo de adultos con sobrepeso, en relación a los participantes sin sobrepeso.

6.5. Estrategias de promoción de la salud destinadas al grupo de adultos con sobrepeso

En el presente trabajo se propuso, como tercer objetivo “*proponer estrategias de promoción de la salud para el grupo de adultos con sobrepeso*”. A tal fin se ha escogido el Modelo Transteórico de Prochaska, Norcross y DiClemente (1982) como base para la propuesta de dichas estrategias. Es por esto que a continuación se hará una breve reseña de los principales postulados de dicho modelo.

6.5.1. Breve reseña del Modelo Transteórico

El modelo fue propuesto por Prochaska, Norcross y DiClemente (1982) quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que las personas pasaban por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios que atraviesa una persona en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual, atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento. Se lo denomina *Modelo Transteórico*, debido a que es considerado por los mencionados autores, como un modelo

integrativo, que conjuga las distintas escuelas de psicoterapia junto con un eclecticismo teórico. Se caracteriza por ser un modelo dinámico que tiene como eje principal, el cambio terapéutico.

Los **Procesos de Cambio** posibilitan comprender como suceden los cambios, consisten en conductas manifiestas o actividades que se inician para ayudar a modificar pensamientos, sentimientos o conductas (Prochaska y colaboradores, 1982). Dichos autores consideran que los diversos modelos de terapia que existen pueden ser resumidos a través de los siguientes procesos de cambio:

- **Concientización:** implica esforzarse en que el individuo busque nueva información que le permita entender y retroalimentarse sobre la conducta problema. Es aumentar el nivel de conocimiento, incrementando la cantidad de información, para mejorar la probabilidad de tomar decisiones adecuadas.
- **Liberación social:** implica un aumento de la capacidad para decidir y escoger mediante el aumento de alternativas adaptables disponibles. Involucra cualquier nueva alternativa que el ambiente externo pueda darle al sujeto para empezar o continuar sus esfuerzos por cambiar.
- **Activación Emocional:** comprende el experimentar y expresar sentimientos asociados sobre la conducta problema y sus soluciones. Busca incrementar el conocimiento y la profundidad de los sentimientos y mover a las personas a la acción.
- **Auto-reevaluación:** implica una valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta problema y su posibilidad de modificarla.
- **Compromiso:** una vez que la persona escoge cambiar, acepta la responsabilidad. El primer paso es privado, el segundo es hacerlo público.

- **Contra-condicionamiento:** es la sustitución de aquellas conductas problema por otras que sean alternativas y que representen menor riesgo. Se va de respuestas no saludables a respuestas saludables.
- **Control ambiental:** está orientado exclusivamente a la acción. Busca reestructurar el ambiente de la persona de modo tal que la probabilidad de que el evento elicitor del problema aparezca sea reducida.
- **Refuerzos:** implica reforzarse uno mismo o ser reforzado por otros por haber cambiado de una conducta de riesgo a una saludable. También se recurre a castigos, que tienden a suprimir la conducta.
- **Ayuda Relacional:** implica confiar, aceptar y utilizar las redes de apoyo social durante el proceso de cambio de comportamiento.

Además de exponer esta teoría basada en procesos de cambio, Prochaska y colaboradores (1982), explican que una investigación realizada con 200 personas que habían dejado de fumar (la mayoría por sus propios medios), permitió constatar no sólo cuáles son los procesos de cambio que se ponen en juego, sino que *el cambio progresa a través de una serie de etapas*. Sin importar qué conducta se modificaba, el cambio ocurría de un modo similar. Esto lleva a dichos autores a ampliar su modelo, para integrar a las etapas de cambio.

Las **etapas de cambio** son propuestas por Prochaska & DiClemente (1982), quienes observaron que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso dinámico integrado por seis etapas, cada una de ellas con características propias y excluyentes; en espiral, es decir que se puede pasar varias veces por la misma etapa; sin importar cuál sea la problemática o el motivo de consulta con el cual llega el paciente. Resulta de gran importancia y utilidad evaluar en cuál de ellas llega a consulta el paciente. Las etapas propuestas por Prochaska y colaboradores (1982) son las siguientes:

1. Pre-contemplación: en este momento la persona no se plantea modificar su conducta, ya que no es consciente de que dicha conducta y el estilo de vida relacionado representen un problema, no puede verlo. En esta etapa se da la menor utilización de los procesos de cambio y para poder proseguir hacia la etapa de Contemplación es necesaria una alta cuota de Concientización.
2. Contemplación: aquí la persona es consciente de que existe un problema pero no ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Lo reconoce, pero no cree necesario su modificación. Resulta imprescindible en este momento, la combinación de la Concientización con la auto-reevaluación, para así continuar avanzando hacia la siguiente etapa.
3. Preparación: esta etapa se caracteriza porque la persona toma la decisión y se compromete con su problema, realizando pequeños cambios. Aquí aparecen las primeras modificaciones, casi siempre tomando metas a corto plazo. En esta etapa toma mayor relevancia el proceso de cambio Liberación social, que permitirá al sujeto entrelazar sus expectativas con el medio que lo rodea.
4. Acción: es la etapa en la que el individuo cambia su conducta de manera manifiesta y visible, requiere de un compromiso importante junto con una considerable cantidad de tiempo y energía; estos cambios conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social. Aquí resulta imprescindible la implementación de todos los procesos de cambio anteriormente mencionados, para lograr las metas propuestas al comienzo.
5. Mantenimiento: aquí el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados para prevenir una posible recaída. Esta etapa puede durar poco como 6 meses o tanto como toda la vida, dependiendo de la problemática. Al igual que en la etapa anterior, es

sumamente importante, para mantener la conducta en el tiempo, la implementación de todos, o la mayoría de los procesos de cambio.

6. Finalización: Los autores Prochaska y DiClemente lo caracterizan como el fin del proceso de cambio, el mantenimiento definitivo del nuevo patrón actual, donde la conducta problema ya no representa una amenaza y se tiene total confianza de que no retornará más.

En un comienzo se planteó como un modelo lineal, lo cual es un fenómeno posible, pero raro y poco frecuente. La mayoría resbala en algún momento hacia atrás. Es por esto que se reformula la idea, proponiendo un modelo en espiral, donde es posible avanzar, retroceder, y también estancarse (Prochaska y colaboradores, 1982).

Como se mencionó anteriormente, el tercer objetivo del presente trabajo consistió en ofrecer una articulación teórica entre los resultados obtenidos a través de la aplicación de las técnicas estadísticas y los postulados teóricos propuestos por Prochaska y colaboradores (1982), para luego elaborar una propuesta de intervención destinada a los participantes con sobrepeso que formaron parte de la muestra en estudio.

En base a la teoría antes expuesta se plantea, para el grupo de adultos con sobrepeso, incorporar un espacio de reflexión y acompañamiento que comprenda el trabajo de estas etapas y procesos de cambio, donde cada participante tenga la oportunidad de contar su experiencia y compartirla con el grupo, para así enriquecerse mutuamente. Sería recomendable trabajar no sólo desde un punto de vista físico, es decir, que no sólo se controle el ascenso o descenso de peso de cada paciente y su plan nutricional; sino también dedicar un tiempo especial a las inquietudes de los mismos a través de un espacio de acompañamiento y contención, que propicie una pérdida de peso sostenible en el tiempo, reduciendo los factores que ponen la vida de las personas que padecen sobrepeso en riesgo, logrando como consecuencia mejoras en la calidad de vida (Cofré y colaboradores, 2014). En un primer momento se propone un abordaje grupal y de

manera individual, en caso de ser necesario o que el participante lo solicite. Este espacio estaría demarcado como un “proceso de cambio”, ya que llegar a un peso saludable no sucede de un momento a otro, sino que es un cambio paulatino en el cual se entrelazan diversos factores como la motivación y las expectativas, además del correcto cumplimiento del plan nutricional con su respectiva actividad física, etc. Este espacio y la constante guía de parte de los profesionales del equipo favorecerían al paciente en el paso de una etapa de cambio a otra. Resultaría fundamental identificar en qué etapa de cambio se encuentra cada participante y en función de ello diseñar las intervenciones a realizar. Para ello, se destacan las principales características de cada etapa:

Pre-contemplación: el sujeto no nota la necesidad de bajar de peso, tampoco lo considera como algo problemático.

Contemplación: nota que debe cambiar sus hábitos alimenticios pero aún no está decidido a hacerlo, o no se encuentra preparado para afrontar el cambio.

Preparación: en este momento la persona toma la decisión de modificar su conducta y sus hábitos, e incluso es probable que ya se hayan realizado pequeños cambios en su alimentación o en su estilo de vida, como puede ser la incorporación de cuidados generales en su nutrición o el inicio de alguna actividad física.

Acción: en esta etapa el cambio se hace presente, manifiesto y visible, lo cual resulta motivador para el paciente, quien empieza a notar que su esfuerzo da sus frutos.

Mantenimiento: en este momento se trata de consolidar y mantener lo que se ha logrado hasta el momento. Se destaca la importancia de esta etapa, para evitar una recaída (Prochaska y colaboradores, 1982).

Finalización: representa el mantenimiento definitivo, donde el sujeto se encuentra a gusto con su peso y no considera al sobrepeso como una amenaza. Ésta última etapa es entendida como el alta definitiva del programa, si bien la mayoría debe continuar

cumpliendo con ciertas pautas o recomendaciones generales desde su hogar. Por lo general los pacientes que ingresan al programa se ubican en una etapa preparativa, debido a que ya han tomado la decisión de modificar sus hábitos y su conducta a favor de su salud, mientras que en algunos casos se sitúan en una etapa pre-contemplativa, es decir que asisten a los encuentros pero no de forma voluntaria. Éstos últimos, por lo general asisten a dos o tres encuentros y abandonan. La motivación frente al cambio resultaría esencial para avanzar de una etapa a la siguiente, ya que los autores mencionados plantean que la motivación es creciente durante un proceso de cambio, es decir que puede incrementarse a medida que la persona toma conciencia de su problema y toma la decisión de cambiar. La motivación es según Prochaska y colaboradores (1982) un factor común a toda terapia, independientemente del modelo teórico que se siga. Implica un pre-requisito terapéutico, es decir que si la persona no se encuentra motivada para cambiar (que suele ser el caso de aquellos que asisten porque son enviados por alguien, sin que sea una iniciativa propia) se debe trabajar primero sobre ello, de manera que se reflexione no sólo acerca de los riesgos de salud a los que se encuentra expuesta una persona que padece sobrepeso, sino también acerca de los beneficios y bienestar que traería aparejado un cambio de hábitos.

Los procesos de cambio propuestos por Prochaska y colaboradores (1982) son una herramienta a la hora de modificar la conducta y los hábitos, pero cabe destacar que deben utilizarse acorde a la etapa de cambio en la cual se encuentre cada participante. Prochaska y colaboradores (1982) investigaron que proceso de cambio resulta útil en cada etapa; así, concluyeron que:

- Durante el estadio de Precontemplación, las personas utilizan significativamente menos los procesos de cambio que aquellos que se hallan en cualquier otro estadio. Esto encuentra su fundamentación en que los precontempladores son los que procesan menos información referente a su conducta problema, e incluso pueden contar con información errónea, utilizan menos tiempo y energía

evaluándose a sí mismos. Experimentan menos reacciones emocionales frente a las consecuencias negativas de su adicción, se muestran menos abiertos y comunicativos respecto a su problemática, etcétera (Prochaska y colaboradores, 1982). Es por esto que resulta indispensable trabajar sobre los procesos de Concientización y Liberación Social, para así facilitar el paso hacia la próxima etapa (Tejero y Trujols, 2003). Se debe proporcionar la información adecuada y sobre todo, ayudar al miembro del grupo a creer en su capacidad de cambio.

- Siguiendo a Prochaska y colaboradores (1982) los procesos de Activación Emocional y Auto-reevaluación son los procesos enfatizados por la mayoría de los sujetos estudiados situados en el estadio de Contemplación. Estos procesos de cambio permitirían que la persona se conecte con las emociones que van surgiendo a partir de la modificación de sus hábitos, y a su vez posibilita que realice una valoración de los logros alcanzados. Esta última se muestra como el puente entre dicho estadio y la Preparación, junto con el Compromiso. En este momento, se recomienda ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta, para que así pueda diseñar un plan de cambio paulatino, acorde a su conducta-problema.
- Procesos como la Ayuda Relacional, el Refuerzo, el Contracondicionamiento y el Control Ambiental forman el vínculo entre los estadios de Acción y de Mantenimiento, implicando este último un estadio de cambio activo y no una ausencia de cambio, como suele ser catalogado (Tejero y Trujols, 2003).

Prochaska y colaboradores (1982), grafican lo anteriormente expuesto tal como se muestra en la Figura 10:

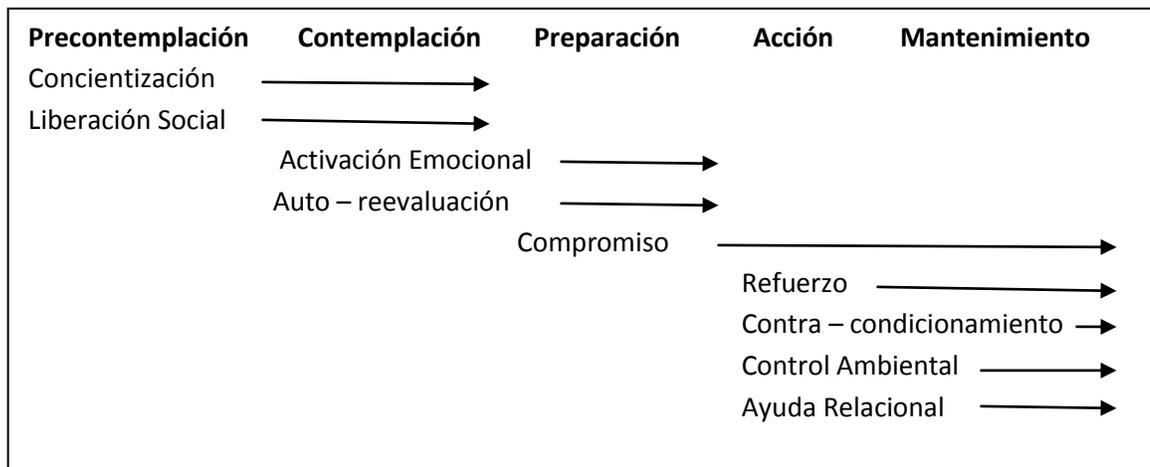


Figura 10

Procesos de cambio que resultan útiles en cada etapa (Prochaska y colaboradores, 1982).

Respecto a las variables estudiadas en este trabajo: autoestima, depresión y ansiedad, se diseñó una posible alternativa de intervención para cada una de las variables. Se propone abordarlas bajo los lineamientos generales del modelo planteado anteriormente, debido a que se observó que existen probabilidades de que éstas influyan de manera negativa en el tratamiento del sobrepeso. Sin embargo, sería recomendable atender en mayor medida a las variables autoestima y depresión, ya que los resultados indican que existen diferencias entre los grupos evaluados, de allí su importancia en la propuesta de abordaje del sobrepeso. No así la variable ansiedad-rasgo, al menos para la muestra estudiada.

El hecho de que los participantes con sobrepeso presentaron puntajes significativamente más bajos que los participantes sin sobrepeso, nos lleva a pensar que sería de importante trabajar la autoestima, ya que se encuentra íntimamente relacionada con la calidad de vida, porque crea un conjunto de expectativas acerca de lo que es posible y apropiado, y de éstas derivarán diversas acciones. La baja autoestima puede orientar cierta actitud y comportamientos de forma contraria al propio bienestar y

sabotear los logros que se pueden obtener (Branden, 2011). Al llegar a la etapa de acción, Prochaska y colaboradores (1982) proponen como técnica construir una lista de logros o beneficios obtenidos gracias al tratamiento y, a su vez, una lista de contras o de desventajas. Estas listas, al entrecruzarse nos permitirán hacer un balance. Por lo general, si se aplica esta técnica al comienzo de esta etapa o de alguna de las previas, los contras serán mayores que los beneficios y es esperable que esto se revierta al pasar el tiempo y trabajar sobre la conducta-problema. Esta técnica puede volver a aplicarse más adelante nuevamente, a medida que se va avanzando en el tratamiento, para así ir comparando los avances. Ésta lista de logros quedaría contemplada dentro del proceso de cambio Refuerzos, ya que sirve a modo de incentivo para continuar, llevando al paciente a favorecer la reflexión y la auto-evaluación acerca de cuánto ha cambiado su vida (o la calidad de la misma) desde pequeños detalles de la vida cotidiana (como la modificación en su forma de vestir), hasta importantes beneficios a nivel salud.

Debido a que los participantes con sobrepeso presentaron puntajes significativamente más altos que aquellos participantes sin sobrepeso, se considera prestar especial atención a la depresión al momento de trabajar los factores psicológicos y emocionales intervinientes en el sobrepeso, ya que las cogniciones ejercen influencia en nuestras creencias y, por lo tanto en nuestras conductas. El modelo cognitivo propuesto por Beck (1979) considera que la mayoría de los síntomas depresivos aparecen como consecuencia de patrones cognitivos negativos. De esta manera, se recomienda atender a la posible aparición de síntomas de esta índole para poder detectarlos y trabajar en ellos a tiempo. Frente a estos, es recomendable trabajar a partir de la explicitación de la influencia de nuestros propios pensamientos sobre nuestro cuerpo, nuestro estado de ánimo y nuestras acciones. Al comprender esta relación, se facilita el proceso de cambio de cogniciones: de aquellas que son desadaptativas hacia aquellas consideradas adaptativas (Beck, 1979). Esto implica detectar aquellos pensamientos negativos para luego someterlos a una prueba de realidad, es decir, que el paciente pueda justificar en base a una confrontación con la realidad, su pensamiento. Articulando esto con el modelo

propuesto por Prochaska (1982) nos llevaría a trabajar los procesos de cambio Activación emocional y Auto-reevaluación. El primero implica una conexión con las emociones y sentimientos, es decir, qué es lo que siente, como se siente y la posibilidad de expresarlo, mientras que el segundo ayudaría a detectar cuáles son los aspectos que es necesario modificar, cuáles son los pensamientos que influyen de manera negativa en su vida cotidiana y específicamente en su tratamiento del sobrepeso, para poder someterlos a una prueba de realidad y luego poder trabajar en su cambio de cogniciones (reestructuración cognitiva).

Cabe destacar que las variables anteriormente mencionadas (autoestima y depresión) son las que, a nivel intervención, requerirían mayor atención en el grupo de participantes con sobrepeso que formaron parte de la muestra, ya que los resultados obtenidos muestran que este grupo presentó puntajes más bajos en autoestima y más altos en depresión, en comparación con los resultados obtenidos por el grupo de participantes sin sobrepeso, en las mismas variables.

La tercer variable en estudio fue la ansiedad, ésta fue considerada por otros autores como Ríos Martínez y colaboradores (2008) como un factor interviniente en el tratamiento del sobrepeso, ya que el comer, más específicamente el masticar supone un gasto de energía que se transforma en un modo de reducir la ansiedad, funciona como una de las tantas formas de paliar la ansiedad (Silvestri y Stavile, 2005). En relación con los resultados obtenidos en la presente investigación, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la variable ansiedad-rasgo, se considera necesario abordarla dentro del proceso terapéutico, para evitar la posibilidad de que se convierta con el tiempo en un círculo vicioso. Se recomienda trabajar con procesos de cambio propuestos por Prochaska y colaboradores (1982) tales como el Contra-condicionamiento y el Control ambiental. El Contra-condicionamiento, posibilita la sustitución de aquellas conductas problema por otras conductas que sean alternativas y que representen menor riesgo, es decir que podrían proponerse nuevos hábitos antes la

aparición de respuestas ansiosas relacionadas con la alimentación. Un ejemplo podría ser la realización de una actividad física que sea de agrado para la persona, que le permita distenderse y reducir el nivel de ansiedad, sin llegar a la necesidad de ingerir alimentos que, por lo general, son aquellos que están prohibidos o restringidos en cualquier plan alimentario para bajar de peso, como son los dulces, golosinas, postres, etc. O bien, podría plantearse como otra alternativa ingerir un alimento que sea saludable y esté contemplado en el plan nutricional, como es el caso de una fruta, tutucas, etc. Otra forma de abordar la ansiedad en los trastornos de alimentación, sería a través del Control ambiental. Este proceso de cambio está orientado a la reestructuración del ambiente de modo tal que la probabilidad de que el evento elicitor del problema aparezca sea reducida. Es decir que la persona puede optar por evitar situaciones y lugares, que serían considerados como situaciones-estímulo, que despiertan su ansiedad y por consecuencia, su deseo de comer alimentos que no son saludables. O bien, reestructurar su hogar y/o cocina de manera tal que aquello que se encuentre “a la vista” o al alcance sean alimentos y bebidas saludables a fin de facilitar el control de aquellas conductas indeseadas que pueden aparecer como consecuencia de la ansiedad.

Para finalizar con el presente apartado, se destaca que en base a los resultados presentados anteriormente, la hipótesis planteada al comienzo del trabajo de tesina se corrobora respecto a las variables autoestima y depresión ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no así en la variable ansiedad rasgo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados referidos a la variable autoestima en el grupo de adultos con sobrepeso, arrojaron que más de la mitad de la muestra, posee un nivel medio de autoestima, mientras que en el grupo de participantes sin sobrepeso, encontramos que la gran mayoría posee autoestima alta. Este resultado condice con lo expuesto por Díaz Guzmán (2008), quien considera que la baja autoestima es causa y consecuencia del exceso de peso. Las personas con exceso de peso suelen sentirse rechazadas por su aspecto físico y por la aparición de críticas provenientes de su entorno social, pero también de autocríticas destructivas y pensamientos negativos de culpa e incapacidad, entre otros motivos, lo que conduce a que la persona tenga una autoestima baja. Se sienten inseguras, vergonzosas, temerosas e incapaces de realizar ciertas actividades. Es por este motivo que la autoestima debe ser considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que una mejora en el nivel de autoestima en los pacientes con sobrepeso proporciona, en muchos casos, una garantía respecto a la capacidad de alcanzar mayor diversidad en las estrategias de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (Alvarado Sánchez y colaboradores, 2005). Por otro lado, estos resultados obtenidos nos permiten pensar que la mayoría de los participantes del grupo sin sobrepeso, poseen autoestima alta, que según Palladino (1992) es característica de quienes tienen una buena aceptación de sí mismos y buen equilibrio

emocional, son capaces de disfrutar de situaciones sociales pero también de la soledad, tienen una buena autoconfianza, menor temor ante los fracasos, pocos pensamientos negativos – y si los tienen, poseen la capacidad de transformarlos en pensamientos positivos – y altos niveles de motivación. Por lo tanto, estos resultados nos permiten pensar que en los participantes sin sobrepeso la autoestima actúa como el sistema inmunológico del psiquismo, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. En cambio, cuando es baja, disminuye la resistencia frente a las adversidades de la vida (Branden, 2011).

Respecto a la variable depresión, los resultados obtenidos reflejan que en el grupo de adultos con sobrepeso, la totalidad de participantes se ubicaron entre los niveles bajo y medio, sin encontrarse ninguno en el nivel alto, mientras que prácticamente la totalidad de participantes del grupo sin sobrepeso presentó un nivel de depresión bajo. Cabe destacar que en ninguno de los dos grupos se encontraron puntajes altos de depresión, pero sí existen diferencias entre los otros dos niveles; ya que, en el grupo de adultos con sobrepeso la distribución entre éstos dos niveles (medio y bajo) era más pareja; en cambio, en la muestra de adultos sin sobrepeso, encontramos a casi todos los participantes dentro de un mismo nivel, el nivel bajo. Esto nos invita a pensar en una posible relación entre las variables depresión y sobrepeso, lo cual coincide con lo expuesto por Calderón, Fornis y Varea (2009), quienes sostienen que la comorbilidad entre depresión y trastornos de la alimentación está bien establecida, debido a que las reacciones de ansiedad y de tristeza-depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se dejan de lado los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro su salud. Por su parte, Beck (1983 citado en Piqueras Rodríguez y colaboradores, 2008) considera que la depresión a nivel conductual, se caracteriza principalmente por la reducción generalizada de la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de los mismos. Desde el punto de vista

cognitivo, la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren. Según Beck y colaboradores (1979), a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Es por este motivo que considerar a los síntomas depresivos como factor influyente en el sobrepeso resulta indispensable, y se los debe abordar conjuntamente con el tratamiento específico del sobrepeso. Si bien, un pequeño porcentaje de participantes que presentaron puntajes correspondientes al nivel medio de depresión, se considera que los resultados son alentadores, ya que ningún participante presentó niveles altos de depresión a través de la administración de las técnicas y expresaron no haber experimentado crisis o episodios depresivos en los últimos meses. Dentro del tratamiento para bajar de peso, en muchas ocasiones las dificultades para el descenso no se deben únicamente a los inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, sino que están muy relacionados con los índices de ansiedad y de depresión (Calderón y colaboradores, 2009).

Esto nos permite articular lo anteriormente mencionado con la tercera variable en estudio, que fue la ansiedad, específicamente la ansiedad rasgo (Spielberger, y colaboradores, 1970 citados en Cía, 2002). Respecto a los resultados obtenidos en ésta, en el grupo de adultos con sobrepeso, es posible señalar que la mayoría de los miembros que participaron poseían niveles medios de ansiedad rasgo, mientras que en el grupo de participantes sin sobrepeso, poco más de la mitad presentó un nivel de ansiedad bajo, y el resto, presentó nivel medio.

La implicancia de la ansiedad en trastornos de la conducta alimentaria ha sido estudiada por diversos autores, que han llegado a conclusiones semejantes; tal es el caso de Kaplan y Kaplan (1957, citados en Silvestri y Stavile, 2005) quienes proponían una relación entre el sobrepeso y la ansiedad: la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto con sobrepeso como mecanismo para reducir la ansiedad y, por otro

lado; Calderón, Forns y Varea (2009) llegaron a una conclusión similar, ya que plantean que aquellas personas que padecen sobrepeso, o bien obesidad en cualquiera de sus grados, tienden a confundir los estados emocionales con la sensación de hambre, lo que los lleva a paliar la ansiedad comiendo. Los resultados anteriormente mencionados nos permiten plantear que, si bien en ambos grupos la mayoría de los participantes presentaron ansiedad en sus niveles medio y bajo, el grupo de adultos con sobrepeso mostró mayor propensión a presentar puntajes más elevados de ansiedad, lo cual puede estar perjudicando su tratamiento y, por ende su descenso de peso y su calidad de vida. Los resultados obtenidos por el presente trabajo, conciben con Ríos Martínez y colaboradores (2008) quienes sostenían que si bien no se puede asegurar la presencia de trastornos psicológicos o algún perfil de personalidad específico en personas con sobrepeso, existe la posibilidad de que sus índices de depresión y ansiedad, principalmente, sean más elevados que en el resto de la población.

A pesar de que la aplicación de las técnicas estadísticas apropiadas mostraron que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos por ambos grupos, se recomienda atender a los niveles de ansiedad manifestados por los participantes del grupo con sobrepeso ya que un aumento de los mismos pueden llegar a perjudicar el tratamiento y la consecución de sus objetivos.

Por último, el tercer objetivo que el presente trabajo de investigación se propuso fue plantear estrategias para la promoción de la salud destinadas al grupo de participantes con sobrepeso con el que se trabajó. Se considera que los tratamientos para el descenso de peso, no sólo deben centrarse en la educación sobre nutrición o el aumento de la actividad física, sino que también se debe atender y evaluar los aspectos psicológicos asociados a dicha patología, ya que éstos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, motivo por el cual deben ser considerados si se pretende mantener un peso saludable (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014). El presente trabajo propuso alternativas de intervención basadas en el Modelo Transteórico de

Prochaska y colaboradores (1982), el cual es descrito por sus autores como un marco de intervenciones efectivas para promover cambios de conducta en el ámbito de la salud a partir de las características específicas de los grupos a quien están dirigidas las acciones. Este modelo de motivación en espiral propone que los participantes pueden avanzar y retroceder en estas etapas de cambio, hasta lograr sus objetivos. La aplicación de este modelo permite abordar las diferentes variables estudiadas de manera simultánea y a su vez, permite ir reforzando los logros o metas alcanzadas contando como eje del proceso con la motivación (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014), la cual cumple un rol fundamental debido a que es el impulso que inicia, guía y mantiene la conducta, hasta alcanzar la meta u objetivo deseado.

Cabe aclarar que este modelo de intervención sólo sería aplicable para la muestra de participantes con sobrepeso, con la cual se trabajó, debido a que los resultados obtenidos no serían generalizables al resto de la población.

Los resultados abordados por este trabajo de investigación coinciden con los planteados por Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella (2014), quienes consideran que entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución del sobrepeso y de la obesidad, se encuentran los estados depresivos y ansiosos que propician el comer en exceso, así como la baja autoestima, un autoconcepto negativo y escasa interacción social. Teniendo en cuenta esta asociación entre el sobrepeso y los factores psicológicos asociados, dichos autores aplicaron el Modelo Transteórico a un grupo de 18 adultos de entre 20 y 60 años de edad, miembros de un programa de apoyo para la obesidad. La intervención psicológica estuvo orientada desde el Modelo Transteórico (Prochaska y colaboradores, 1982), el cual permitió visualizar en qué etapa de cambio se encontraba cada participante y relacionarlo con el compromiso que cada uno poseía con el tratamiento y los cambios de conductas que debían realizarse para mejorar su calidad de vida. Esto se complementó con técnicas cognitivas como la

reevaluación, la reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas de respiración y relajación progresiva.

Estas similitudes encontradas, nos permiten pensar que podría resultar favorable para los participantes del grupo con sobrepeso de la muestra estudiada la aplicación de la alternativa de intervención propuesta, en conjunto con el abordaje nutricional y físico, ya que el tratamiento de los síntomas afectivos en pacientes con sobrepeso es de fundamental importancia, de lo contrario el paciente encontraría dificultades para comprometerse adecuadamente con el proceso, motivo por el cual tendrían mayor dificultad para descender de peso (Cofré, Angulo-Díaz y Riquelme-Mella, 2014).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El presente trabajo de tesina permitió arribar a ciertas conclusiones, las cuales serán expuestas a continuación. Cabe destacar que dichas conclusiones sólo son aplicables a la muestra en estudio, debido a que se trató de una muestra intencional no probabilística lo cual no permite generalizar los resultados obtenidos al resto de la población.

El análisis de las variables nos permitió observar diferencias que resultaron ser estadísticamente significativas en las variables autoestima y depresión, no siendo así en la variable ansiedad. El grupo de adultos con sobrepeso presentó niveles más bajos de autoestima, y más elevados de depresión y ansiedad, mientras que, a la inversa, el grupo de adultos sin sobrepeso presentó niveles más elevados de autoestima y más bajos en las variables depresión y ansiedad.

Esto nos permite plantear que podría existir una relación entre el sobrepeso y la baja autoestima, es decir que aquellas personas que padecen este trastorno de la alimentación presentaron puntajes significativamente más bajos que aquellas que no lo padecen, implicando según Díaz Guzmán (2008) sentimientos de rechazo debido a su aspecto físico, críticas provenientes de su entorno social, autocríticas destructivas y pensamientos negativos de culpa e incapacidad.

Los resultados obtenidos también nos permiten pensar que existe una asociación entre el sobrepeso y la depresión, debido a que los participantes con sobrepeso presentaron puntajes significativamente más elevados que aquellos que no poseían esta característica. Cabe aclarar que no se detectaron puntajes demasiado altos en esta variable, lo cual implica un resultado alentador. Esta asociación encuentra su justificación debido a que las reacciones de tristeza y/o depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de manera que se dejan de lado los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o inadecuadas que pondrían en peligro la salud (Calderón, Forns y Varea (2009).

En relación a la variable ansiedad, en la cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas aunque sí se observaron mayores puntajes de ansiedad en las personas con sobrepeso, resultaría provechoso trabajar en la prevención de la misma dadas las múltiples consecuencias negativas que podría traer aparejadas en relación al sobrepeso.

Los resultados obtenidos nos llevan a pensar en la necesidad de estudiar y atender a estas asociaciones entre el sobrepeso, la autoestima, la depresión y la ansiedad, ya que conocer estos índices permitiría diseñar programas interdisciplinarios que abordaran de manera conjunta e integral al sobrepeso y a los factores psicológicos implicados, tal como se propone a través de la alternativa de intervención basada en el Modelo Transteórico (Prochaska y colaboradores, 1982) y en los resultados obtenidos en la muestra en estudio. De esta forma, se lograrían más y mejores resultados en cuanto al descenso de peso que se prolongarían a lo largo del tiempo, implicando consecuentemente un aumento en el nivel de autoestima de los participantes y un descenso en el nivel de depresión de los mismos.

Finalmente, es importante aclarar que este trabajo de tesina ha pretendido lograr una aproximación a la temática de estudio. Lejos de buscar una explicación acabada del tema, se ha intentado fundamentalmente abrir nuevos interrogantes y nuevos horizontes que permitan ampliar los conocimientos, con el objetivo no sólo de conocer esta problemática sino de aumentar los recursos y capacidades, para así mejorar la salud y calidad de vida de los participantes con sobrepeso.

LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se plantea como una limitación en el presente trabajo de Tesina el número reducido de participantes de la muestra. Como se explicó en el capítulo metodológico, la muestra total estuvo conformada por 60 (sesenta) participantes, divididos en dos grupos de 30 (treinta) miembros cada uno. Sería recomendable para futuros estudios, incrementar este número en ambos grupos.

Se formularon criterios de inclusión/exclusión tanto para los adultos con sobrepeso (ser mayores de edad, formar parte en calidad de pacientes de un programa de tratamiento del sobrepeso y la obesidad, y tener un diagnóstico realizado, en este caso, por una Licenciada en Nutrición, que constate un exceso de peso), así como para los participantes del grupo de adultos sin sobrepeso (ser mayores de edad, y que no hayan sido diagnosticados de sobrepeso u obesidad, al menos en los últimos dos meses). En ambos grupos de igual manera se tuvo en cuenta que no posean un diagnóstico de Trastorno Afectivo, de Ansiedad o Trastorno Depresivo Mayor. Se plantea como limitación el hecho de no haber recabado información exacta sobre el Índice de Masa Corporal (IMC) de los miembros del grupo sin sobrepeso, para asegurar que no padezcan un exceso de peso. Sería recomendable para futuras investigaciones atender a este criterio, para así considerar las diferencias, en caso de obtenerlas.

Por otro lado, se aclara que la problemática escogida como objeto de estudio del presente trabajo: autoestima, depresión y ansiedad en adultos con y sin sobrepeso; despertó interés a partir de la realización de mis Prácticas Profesionales en el mencionado Programa de Obesidad. La idea surgió a través del diálogo con los pacientes y la escucha de su discurso, lo cual no descarta posibles líneas de investigación que abarquen otras variables, sino que al contrario, este trabajo abre oportunidades para continuar investigando. Podría ser de utilidad, como se mencionó anteriormente, ampliar la evaluación, el número de participantes, las variables o características en estudio, como por ejemplo red de apoyo social, motivación, rasgos de personalidad, etc.

Disponer de estos conocimientos posiblemente permita tener un panorama preciso en relación a los niveles de autoestima, depresión y ansiedad en adultos con sobrepeso, teniendo en cuenta los resultados alcanzados al menos en la muestra estudiada, no pueden ser generalizados a la población. Se evalúa que resultaría de utilidad en vistas a trabajar en la prevención de trastornos alimenticios, o bien, en la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Ye, A. (Septiembre-Octubre, 2002). La Autoestima y su relación con el Índice de Masa Corporal al culminar la Adolescencia. *Revista Mexicana de Pediatría*. 69 (5), 190-193. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2002/sp025c.pdf>
- Alvarado Sánchez, A.; Guzmán Benavides, E. y González Ramírez, M. (Julio-Diciembre 2005) Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214>
- American Psychiatric Association (2003). Trastornos del estado del ánimo. En American Psychiatric Association (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición* (pp. 323-400). Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association (2003). Trastornos de ansiedad. En American Psychiatric Association (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición* (pp. 401-456). Barcelona: Masson

- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G., (1979). Visión general. En Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. y Emery, G. (Eds.), *Terapia Cognitiva de la Depresión* (Cap. 1 pp. 11-40). Bilbao: Editorial Descleè de Brouwer.
- Bell-Dolan, D. (1995). Social cue interpretation of anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 2-10.
- Bersh, S. (2006). La Obesidad: Aspectos Psicológicos y Conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (4), 537 – 546. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>
- Braguinsky, J. (1987). ¿Qué es la obesidad?. En Braguinsky, J. (Ed.), *Clínica y tratamiento de la obesidad* (Cap. 1 pp. 10-35) Buenos Aires: Promedicina.
- Branden, N. (1995). Desarrollo de la Autoestima. En Branden, N. (Ed.), *Los seis pilares de la Autoestima* (Cap. 3 pp. 21-53) Buenos Aires: Paidós.
- Branden, N. (2010). La importancia de la autoestima. En Branden, N. (Ed.), *Cómo mejorar su Autoestima* (Cap. 1 pp. 1-3) Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2011). ¿Qué es la autoestima? En Branden, N. (Ed.), *El poder de la Autoestima* (Cap. 1 pp. 27-42) Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (2011). ¿Por qué necesitamos la autoestima? En Branden, N. (Ed.), *El poder de la Autoestima* (Cap. 2 pp. 43-50) Barcelona: Paidós.
- Calderón, C.; Forns, M. y Varea, V., (2009). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25 (4), 641-647. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0212-16112010000400017>.

- Castillo Durán, V. y Agúndez, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde e Sociedade, 2, Parte II*. Doi: 10.1590/S0104-12902013000200017
- Ceja Espiritu, G.; Vizcaino Orozco, F.; Tapia Vargas, R.; Cadenas Freixas, J.; Baltazar Rodriguez, L. y Montero Cruz, S., (2010). Depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de Sobrepeso y Obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones biomédicas, 29 (2)*, 237-243. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v29n2/ibi09210.pdf>
- Cía, A. (2002). La ansiedad y sus trastornos. En Cía, A. (Ed.), *Manual diagnóstico y terapéutico* (Cap. 1 pp. 11-21) Buenos Aires: Polemos.
- Cofré, A.; Angulo-Díaz, P y Riquelme-Mella, E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica, 1 (2)*. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a08.pdf>
- Cormillot, A. (2001). ¿Por qué engordo? En Cormillot, A. (Ed.), *Pasaporte al bienestar* (Cap. 2 pp. 4-5) Buenos Aires: Publiexpress.
- Cormillot, A. (2001). Consecuencias de la obesidad y el sobrepeso. En Cormillot, A. (Ed.), *Pasaporte al bienestar* (Cap. 4 pp. 8) Buenos Aires: Publiexpress.
- Cormillot, A. (2001). Factores desencadenantes. En Cormillot, A. (Ed.), *Pasaporte al bienestar* (Cap. 5 pp. 9) Buenos Aires: Publiexpress.

Cortada de Kohan, N. y Carro, J. (1962). Teoría de la muestras. En Cortada de Kohan, N. y Carro, J. (Eds.), *Estadística aplicada* (Cap. VII pp. 139-156) Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Díaz Guzmán, M. (Junio 2008). Obesidad y Autoestima. *Enfermería Global*, 7 (2), 1-11. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16131/15541>

Escalante Gómez, E. y Caro Martín, A. (2002). Comparación de dos o más poblaciones. En Escalante Gómez, E. y Caro Martín, A. (Eds.), *Análisis y tratamiento de datos en SPSS* (Cap. V pp. 115-132) Valparaíso: Ediciones Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

Goldberg, K. (2004). Secuelas de la Obesidad en Salud. Obesidad.Net [revista en línea] Recuperado de: <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3shtml>

Goldberg, K. (2002). *Causas de la Obesidad*. Obesidad.Net [revista en línea] Recuperado de: <http://www.obesidad.net>

Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*, México: Mc Graw-Hill.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). Clasificación y diagnóstico en psiquiatría. En Kaplan, H. y Sadock, B. (Eds.), *Manual de Psiquiatría Clínica* (Cap. 1 pp. 4-12) Bogotá: Médica Panamericana.

Lizondo, G., Montes, N. y Jurado, F. (2005). Enfoque Cognitivo de la Depresión. *Revista Pateña de Medicina Familiar*, 2 (1), 50-52. Recuperado de:

http://www.mflapaz.com/revista_1_PDF/13%20ENFOQUE%20%20COGNITIVO%20DE%20LA%20DEPRESION.pdf

Maddio, S. (2013). Relación entre habilidades cognitivas para solucionar problemas interpersonales, autoeficacia, autoconcepto y pautas de crianza en escolares de la mediana infancia de Mendoza, Argentina. Tesis Doctoral en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis. San Luis, Argentina

Montero, I. y León, O. (Junio, 2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (3), 847-862.

Nevado, M. C. (2014). Problemas y Trastornos Psicológicos derivados de la Obesidad y el Sobrepeso. *Siquia [Revista en línea]* Recuperado de: <http://www.siquia.com/2014/01/problemas-y-trastornos-psicologicos-derivados-de-la-obesidad-y-el-sobrepeso>

Palavecino, N. (2007). Historia de la obesidad. En Palavecino, N. (Ed.), *Usted no tiene la culpa de ser gordo/a* (Cap. 1 pp 13-20) Córdoba: Brujas.

Palavecino, N. (2007). La epidemia de la obesidad. En Palavecino, N. (Ed.), *Usted no tiene la culpa de ser gordo/a* (Cap. 2 pp. 21-27) Córdoba: Brujas.

Palladino, C. (1992). La autoestima. En Palladino (Ed.), *Cómo desarrollar la Autoestima* (Cap. 1 pp. 11-19) México: Iberoamérica.

Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2005). Adultez emergente y temprana. En Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (Eds.), *Desarrollo humano* (Parte 6 pp. 420-479) México: Mc. Graw Hill Educación.

Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2005). Adultez media. En Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (Eds.), *Desarrollo humano* (Parte 7 pp. 480-547) México: Mc. Graw Hill Educación.

Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2005). Adultez tardía. En Papalia, D.; Wenkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (Eds.), *Desarrollo humano* (Parte 8 pp. 548-615) México: Mc. Graw Hill Educación.

Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en ingles*. Documento de Cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

Piqueras Rodríguez, J.; Martínez Gonzalez, A.; Ramos Linares, V.; Riveto Buròn, R.; García Lopez, L. y Oblitas Guadalupe, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 43-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Prochaska, J.; Norcross, J. y Diclemente C. (1982). ¿Cómo cambia usted? En Prochaska, J.; Norcross, J. y Diclemente C. (Ed.), *Cambiando para bien* (Cap. 1 pp. 11-34) New York: HarperCollins.

Prochaska, J.; Norcross, J. y Diclemente C. (1982). ¿Cuándo cambia usted? En Prochaska, J.; Norcross, J. y Diclemente C. (Ed.), *Cambiando para bien* (Cap. 2 pp. 35-47) New York: HarperCollins.

Ríos Martínez, B.; Rangel Rodríguez, G.; Álvarez Cordero, R.; Castillo González, F.; Ramírez Wiella, G.; Pantoja Millán, J.P.; Macías Valadez, B.; Arrieta Maturino, E. y Ruiz

- Ochoa, K. (Octubre-Diciembre, 2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Medica Grupo Angeles*, 6 (4). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>
- Rojas, C.; Brante, M.; Miranda, E. y Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista Médica de Chile*, (139), 571-578. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500002
- Rojas, E. (2007). Personalidad y autoestima. En Rojas, E. (Ed.), *¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima* (Cap. 1 pp 10-21) Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Sánchez, A.; Guzmán Benavides, E. y González Ramírez, M. (Julio-Diciembre 2005) Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 417-428. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210214>
- Sierra, J.; Ortega, V. y Zubeida, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Silvestri, E. y Stavile, A. (Abril 2005). Aspectos psicológicos de la Obesidad. *Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro*, 1-37. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>
- Sue, D.; Sue, D. y Sue, S., (1995). Trastornos de ansiedad. En Sue, D.; Sue, D. y Sue, S., (Eds.), *Comportamiento anormal* (Cap. 5 pp. 78-91) México: Mc Graw Hill.

- Tapia, A. y Masson, L. (Agosto, 2006). Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46914632005>
- Tejero, A. y Trujols, J. (2003). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En Tejero, A. y Trujols, J. (Eds.), *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de la cocaína* (Cap. 1 pp. 3-41) Barcelona: Ars Médica.
- Tiscar Cabezas, J. (2011). *La Autoestima: relación con el bienestar y su tratamiento*. (Tesis de Maestría). Recuperada de: Instituto Superior de Estudios Psicológicos. <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Autoestima-Relacion-Con-El-Bienestar-Y-Su-Tratamiento.pdf>
- Vallejo, J. (2006). Trastornos de angustia. En Vallejo, J. (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (Cap. 25 pp. 373- 388) España: Masson.
- Vázquez Velásquez, V. y López Alvarenga, J. C. (Abril-Junio 2001). Psicología y Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- «Obesidad y sobrepeso», nota descriptiva nº 311, en el sitio web de la OMS, mayo de 2014
- 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. (Octubre – Diciembre 2013). Indec, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no transmisibles y Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

APÉNDICE

Apéndice 1:

Escala de Autoestima de Morris Rosenberg (1965)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE MORRIS ROSENBERG

Por favor lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una cruz la alternativa elegida:

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy insatisfecho conmigo mismo/a.	1	2	3	4
2	A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4
3	Siento que tengo muchas buenas cualidades.	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayor parte de la gente	1	2	3	4
5	Siento como que no tengo mucho para estar orgulloso/a de mí.	1	2	3	4
6	Ciertamente, a veces me siento inútil.	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona que vale, al menos como lo valen los demás.	1	2	3	4
8	Desearía tener más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
9	En general, me siento inclinado/a a verme como un fracaso.	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1	2	3	4

Apéndice 2:

Inventario de Depresión de Beck (1961)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo

- o Ya no me divierte lo que antes me divertía
- o No estoy especialmente insatisfecho
- o Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- o A veces me siento despreciable y mala persona
- o Me siento bastante culpable
- o Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- o Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- o No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- o Presiento que algo malo me puede suceder
- o Siento que merezco ser castigado
- o No pienso que esté siendo castigado
- o Siento que me están castigando o me castigarán
- o Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- o Estoy descontento conmigo mismo
- o No me aprecio
- o Me odio (me desprecio)
- o Estoy asqueado de mí
- o Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- o No creo ser peor que otros
- o Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- o Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- o Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- o Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- o Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- o Siento que estaría mejor muerto
- o Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- o Tengo planes decididos de suicidarme
- o Me mataría si pudiera
- o No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- o No lloro más de lo habitual
- o Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- o Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- o Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- o No estoy más irritable que normalmente
- o Me irrito con más facilidad que antes
- o Me siento irritado todo el tiempo
- o Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- o He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- o Me intereso por la gente menos que antes
- o No he perdido mi interés por los demás
- o He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- o Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- o Tomo mis decisiones como siempre
- o Ya no puedo tomar decisiones en absoluto

- o Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- o Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- o Me siento feo y repulsivo
- o No me siento con peor aspecto que antes
- o Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- o Puedo trabajar tan bien como antes
- o Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- o No puedo trabajar en nada
- o Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- o No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- o Duermo tan bien como antes
- o Me despierto más cansado por la mañana
- o Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- o Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- o Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- o Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- o Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- o No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- o Me canso más fácilmente que antes
- o Cualquier cosa que hago me fatiga
- o No me canso más de lo normal
- o Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- o He perdido totalmente el apetito
- o Mi apetito no es tan bueno como antes
- o Mi apetito es ahora mucho menor
- o Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- o No he perdido peso últimamente
- o He perdido más de 2,5 kg
- o He perdido más de 5 kg
- o He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- o Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- o Estoy preocupado por dolores y trastornos
- o No me preocupa mi salud más de lo normal
- o Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- o Estoy menos interesado por el sexo que antes
- o He perdido todo mi interés por el sexo
- o Apenas me siento atraído sexualmente
- o No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Apéndice 3:

Inventario de Ansiedad Rasgo (Spielberger, 1970)

	0. Casi nunca	1. A veces	2. A menudo	3. Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños				

que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				