

---

## “INDICADORES DEPRESIVOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON OBESIDAD”

### “DEPRESSIVE INDICATORS IN A SAMPLE OF PATIENTS WITH OBESITY ”

254

**Investigadora Titular:** María Teresa Galeano<sup>1</sup>

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”<sup>2</sup>  
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

---

#### Resumen

La presente investigación de tipo descriptivo tiene el objetivo de describir la relación entre los indicadores depresivos y la obesidad. La muestra está compuesta por 111 pacientes privados que consultan por problemas de obesidad, seleccionados a través de una técnica no probabilística de muestreo intencional y de participación voluntaria Asunción, Paraguay. El instrumento aplicado fue el Inventario de Depresión de Beck. El análisis y procesamiento de los datos aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial. En el Inventario de Beck se observan diferencias significativas en relación al sexo. Los resultados mostraron que existen síntomas depresivos de leves a moderados en una muestra de n=111 sujetos con? obesidad.

**Palabras clave:** Depresión – Obesidad – Inventario de Depresión de Beck – índice de Masa Corporal.

#### Abstract

This descriptive research aims to describe the relationship between indicators of depression and obesity. The sample consists of 111 patients with private assistance who request consultation due to obesity related problems, selected through a voluntary and non probabilistic technique of purposive sampling in Asuncion, Paraguay. The instrument applied was the Beck Depression Inventory. The analysis and data processing techniques applied were descriptive and inferential statistics. The Beck Inventory showed significant differences in relation to sex. The results proved that depressive symptoms are mild to moderate in a sample of n = 111 subjects with obesity.

**Key words:** Depression - Obesity - Beck Depression Inventory - Body Mass Index.

---

<sup>1</sup>Correspondencia remitir a: [tere\\_galeano@yahoo.com.ar](mailto:tere_galeano@yahoo.com.ar), Mgr. María Teresa Galeano. FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

<sup>2</sup> Correspondencia remitir a: [revistacientificaeureka@gmail.com](mailto:revistacientificaeureka@gmail.com) “Centro de Documentación Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

## Estado del Conocimiento

Recientes índices que indican que hay 200.000 muertes cada año en América Latina, están relacionadas directamente con el exceso de peso. Se calcula que la Obesidad en el Brasil afecta 5.9% de los hombres y 13.3% de las mujeres, índice bastante elevado que tiene preocupado al Ministerio de Salud, a punto de estar siendo elaborada una campaña masiva con el objeto de informar a la muestra. Principalmente porque la obesidad es la "Epidemia del nuevo milenio", puede ser fácilmente evitada a través de una alimentación balanceada y ejercicios físicos ejecutados correctamente.

En el "Informe Mundial", de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se afirmó que 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad, que 300 millones son clínicamente obesos, y que al mismo tiempo aproximadamente 1.200 millones de personas (mismo número), sufren de desnutrición.

Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la muestra adulta presenta sobrepeso y el 22% es obesa. Expertos mundiales advierten sobre los riesgos de la obesidad, una patología que está creciendo en la muestra mundial, y que puede sindicarse como una de las causas más importantes de muerte y morbilidad.

La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino

también a otros trastornos como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal.

El Dr. Braguinsky J y otros (1996), en una de las conferencias sobre obesidad, exponía: "Cuando se observa la psicopatología en los obesos, ésta se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, que como una causa de la obesidad"

Un famoso epistemólogo cibernético, Bradford Keeney (1991), dice que construimos el mundo de acuerdo a como lo vemos, es decir de acuerdo a la puntuación que hacemos de los hechos que se nos presentan.

Conforme estos antecedentes nos interesa indagar sobre el siguiente cuestionamiento.

¿Existen síntomas depresivos en una muestra de obesos tipo I, II y III?

### Objetivo General

Describir la relación entre indicadores depresivos y los tipos de obesidades I, II y III.

### Objetivos Específicos

-Conceptualizar *adecuadamente* "muestra obesa" – "síntomas depresivos" como un fenómeno multidimensional que abarca aspectos psíquicos, somáticos, sociales, económicos y culturales.

-Describir las características sociales y culturales de la obesidad y su incidencia como problemática social de este siglo.

-Describir la problemática de la Depresión en la sociedad actual.

-Identificar la muestra obesa de tipo I, II y III y su relación con la aparición de

síntomas depresivos leves, moderados y graves.

-Significar la importancia de un abordaje multidisciplinario y el acompañamiento psicológico en el tratamiento de los pacientes con obesidad.

## Método

### Participantes

Para llevar a cabo el estudio se solicitó la participación de pacientes seleccionados de la consulta privada. Los datos se obtuvieron de 111 pacientes seleccionados desde el año 2005 hasta la fecha. La muestra quedó conformada por 90% de los participantes escogidos de la consulta privada, ya sea psicológica o nutricional, o ambas. Solo el 10% fue escogido al azar. Participaron los pacientes que alcanzaban un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 26 y que estaban interesados en ser parte del estudio, completando el Inventario de Depresión de Beck. Los participantes fueron distribuidos por el IMC y consecuente tipo de obesidad.

### Dispositivos

El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck (IDB), en su forma abreviada (Beck & Beck 1972). Es un cuestionario autoadministrable de 21 preguntas. Se eligió la forma abreviada del IDB por su amplio uso como instrumento de screening en la depresión. El IDB ha sido uno de los inventarios de autoreporte más frecuentemente empleados en la evaluación de trastornos depresivos y la forma abreviada presenta una buena

correlación con la forma extendida (Beck & Beck 1974). Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

### Procedimiento

Seleccionados los pacientes con un IMC superior a 26, cada participante completó el Inventario de Depresión de Beck. Se procedió a relacionar los síntomas depresivos encontrados en los 21 ítems y el tipo de obesidad evaluada. Cada paciente tuvo que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar las manifestaciones, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

- No depresión: 0-9 puntos
- Depresión leve: 10-18 puntos
- Depresión moderada: 19-29 puntos
- Depresión grave:  $\geq$  30 puntos

## Análisis y Resultados

En el grupo de edad de 60 y más años el 100 % corresponde a obesidad tipo III.

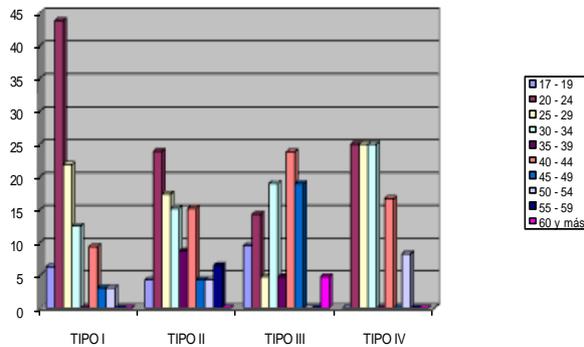


Figura 1: Población por grupo etario según tipo de obesidad.

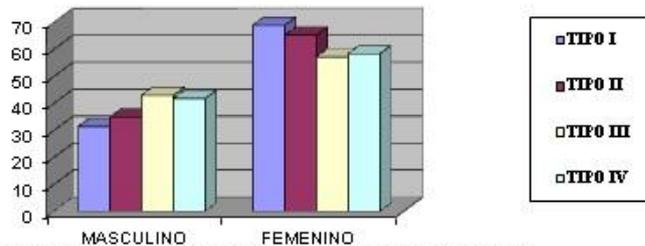
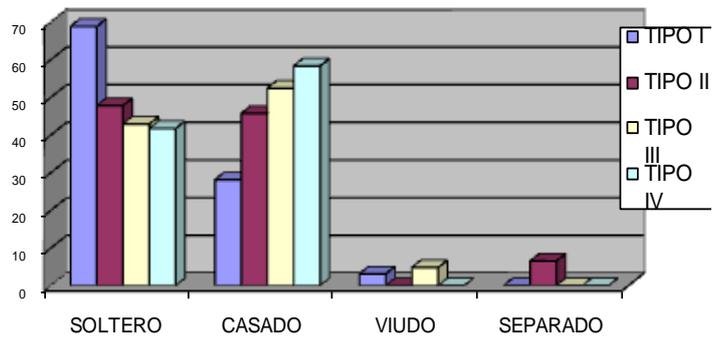


Figura 2: Población por sexo según tipo de obesidad.

De la muestra de personas con IMC 25 - 29,9 (sobrepeso) 68,8 % es de sexo Femenino y 31,3 % del sexo masculino. En la muestra de personas con IMC 30 - 34,9 (obesidad tipo II) 65,2 % es de sexo femenino y 34,8 % de sexo masculino. De entre los pacientes con IMC 35-39,9 (obesidad tipo III) 57,1 % corresponde al sexo femenino y 42,9 % al sexo masculino. De todos los pacientes con IMC > 40 (obesidad tipo IV) 58,3 % es de sexo femenino y 41,7 % de sexo masculino.

Entre los pacientes de sexo masculino, el mayor porcentaje (40,0 %) tiene **obesidad tipo II**, seguido de sobrepeso (25,0 %); obesidad tipo III (22,5 %) y obesidad tipo IV (12,5 %).

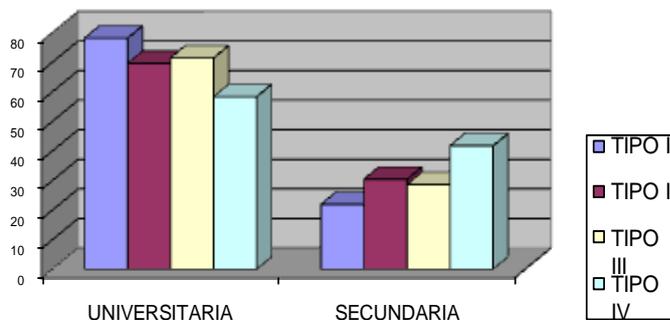
De toda la muestra de sexo femenino, el mayor porcentaje (42,3 %) tienen **obesidad tipo II**, seguido de sobrepeso (31,0 %); obesidad tipo III (16,9 %) y obesidad tipo IV (9,9 %).



**Figura 3: Población por estado civil según tipo de obesidad.**

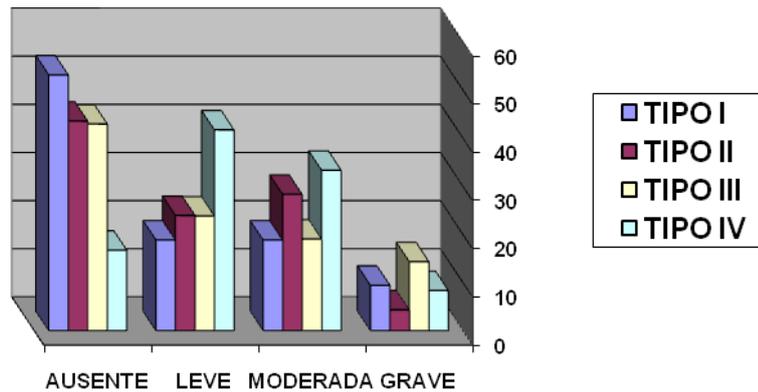
En las personas solteras, es más frecuente el **sobrepeso y la obesidad tipo II**; mientras que en las personas casadas es más frecuente **la obesidad tipo III y IV**. De las personas solteras, **37,9 %** tienen **sobrepeso** y en la misma proporción **obesidad tipo II** seguido de obesidad tipo III (15,5 %) y tipo IV (8,6 %).

Entre las personas casadas, **43,8 %** tienen obesidad **tipo II**; seguido de Obesidad tipo III (22,9 %); sobrepeso (18,8 %) y obesidad tipo IV (14,6 %). De todas las personas viudas **50%** tienen **sobrepeso** y **50 %** tienen obesidad **tipo III**. El **100 %** de las personas separadas tienen **obesidad tipo II**.



**Figura 4 Población escolaridad según tipo de obesidad.**

De toda la muestra con IMC superior al normal, **71,2 % son universitarios** y **28,8 % de nivel de Escolaridad secundaria**.



**Figura 5: Población por grado de depresión según tipo de obesidad.**

Del total de la muestra 43,2 % no tiene síntomas depresivos, **24,3 % presentan depresión leve**, **24,3 % moderada** y **9 % grave**.

De la muestra total con **obesidad tipo I** (sobrepeso), 53,1% no tiene síntomas depresivos, 18,8 % tienen depresión leve, 18,8 % moderada y 9,4 % grave.

De la muestra con **obesidad tipo II**, 43,5 % no tiene síntomas depresivos, 23,9 % tiene depresión leve, 28,3 % moderada y **4,3 % grave**.

En la muestra con **obesidad tipo III**, 42,9 % no tiene síntomas depresivos, 23,8 % tiene depresión leve, 19 % moderada y **14,3 % grave**.

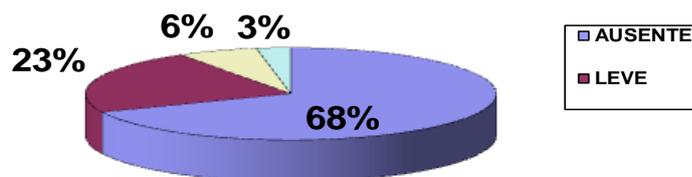
Del total de la muestra con **obesidad tipo IV**, 16,7 % no tiene síntomas depresivos, 41,7 % tiene depresión leve, 33,3 % moderada y **8,3 % grave**.

En la muestra sin síntomas depresivos **30,6 % tiene obesidad tipo I**, 43,5 % obesidad tipo II; 16,5 % obesidad tipo III y 9,4% obesidad tipo IV.

De la muestra con síntomas leves de depresión 21,1 % tiene obesidad tipo I, 36,8 % obesidad tipo II; 26,3 % obesidad tipo III y 15,8 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas moderados de depresión 40 % tiene obesidad tipo I, 20 % obesidad tipo II; 20 % obesidad tipo III y 20 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas graves de depresión ninguno corresponde a obesidad tipo I, 50 % obesidad tipo II; 50 % obesidad tipo III y ninguno tiene obesidad tipo IV.



**Figura 7: Manifestación de tristeza y obesidad.**

El **68,5 % de la muestra no tiene manifestaciones de tristeza**, 22,5 % presenta tristeza leve; 6,3 % moderada y 2,7 % grave

Del total de la muestra con **obesidad tipo I** (sobrepeso), 62,5 % no tiene síntomas de tristeza, 25 % tiene tristeza leve; 12,5 % moderada. Ninguno tiene síntomas de tristeza grave.

De la muestra con **obesidad tipo II**, 71,7 % no tiene síntomas de tristeza, 26,1 % tiene tristeza leve; 2,2 % moderada. Ninguno tiene tristeza grave.

De la muestra con **obesidad tipo III**, 71,4 % no tiene síntomas de tristeza; 14,3 % tiene tristeza leve; 4,8 % moderada y 9,5 % tienen tristeza grave.

Del total de la muestra con **obesidad tipo IV**, 66,7 % no tiene síntomas de tristeza;

16,7 % tienen tristeza leve; 8,3 % moderada y 8,3 % tienen tristeza grave.

La muestra sin síntomas de tristeza que registra 26,3 %, tiene **obesidad tipo I**, 43,4 % obesidad tipo II; 19,7 % obesidad tipo III y 10,5 % obesidad tipo IV.

Del total de la muestra con síntomas leves de tristeza 32 % tiene obesidad tipo I, 48 % obesidad tipo II; 12 % obesidad tipo III y 8 % obesidad tipo IV.

De la muestra con síntomas moderados de tristeza 57,1 % tiene obesidad tipo I, 14,3 % obesidad tipo II, 14,3 % obesidad tipo III y 14,3 % obesidad tipo IV.

En la muestra con síntomas graves de tristeza ninguno corresponde a obesidad tipo I y tipo II, **66,7 corresponde a obesidad tipo III y 33,3 obesidad tipo IV.**

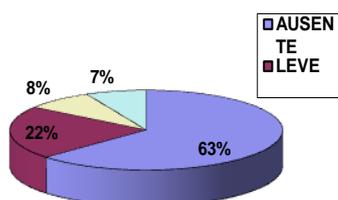


Figura 9: Manifestación de disconformidad con uno mismo y obesidad.

Del total de la muestra 63,1 % no tiene manifestaciones de disconformidad con si mismo, 21,6 % presenta disconformidad leve, 8,1 % moderada y 7,2 % grave.

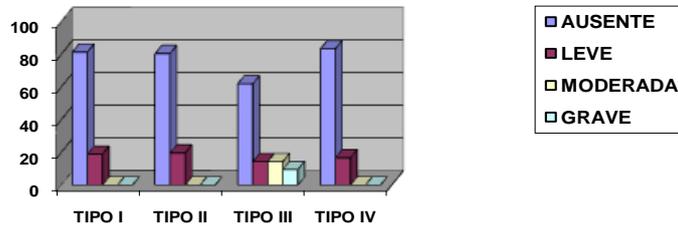
En la muestra con obesidad tipo I (sobrepeso), 68,8 % no tiene síntomas de disconformidad, con si mismo; 15,6 % tiene disconformidad leve; ninguno moderada y 15,6 % tiene disconformidad grave.

De la muestra con obesidad tipo II, 67,4 % no tiene síntomas de disconformidad, 26,1

% tiene disconformidad leve; 6,5 % moderada y ninguno tiene disconformidad grave.

En la muestra con obesidad tipo III, 52,4 % no tiene síntomas de disconformidad; 19 % tiene disconformidad leve; 19 % moderada y 9,5 % tiene disconformidad grave.

En la muestra con obesidad tipo IV, 50 % no tiene síntomas de disconformidad; 25 % tiene disconformidad leve; 16,7 % moderada y 8,3 % tienen disconformidad grave.



**Figura 10:** Población de deseos suicidas según tipo de obesidad.

De la muestra total, el 77,5 % no tiene deseos suicidas, 18 % presenta deseos suicidas; 2,7% moderada y 1,8 % grave.

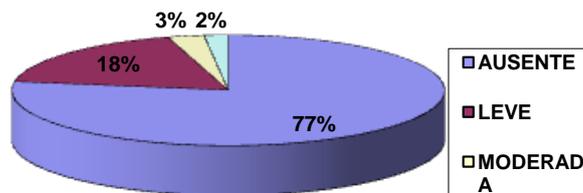
La muestra con obesidad tipo I; que suma 81,3 %, no tiene deseos suicidas, 18,8 % tiene deseos suicidas leve; y ninguno tiene moderada y/o grave.

Del total de la muestra con obesidad tipo II, 80,4 % no tiene deseos suicidas, 19,6 %

tiene leve; y ninguno tiene deseos suicidas moderada y/o grave.

Del total de la muestra con obesidad tipo III, 61,9 % no tiene deseos suicidas 14,3 % tiene deseos suicidas; 14,3 % moderada y 9,5 % grave.

De la muestra con obesidad tipo IV, 83,3 % no tienen deseos suicidas y 16,7 % tienen deseos suicidas leve; ninguno tiene moderada y/o grave.

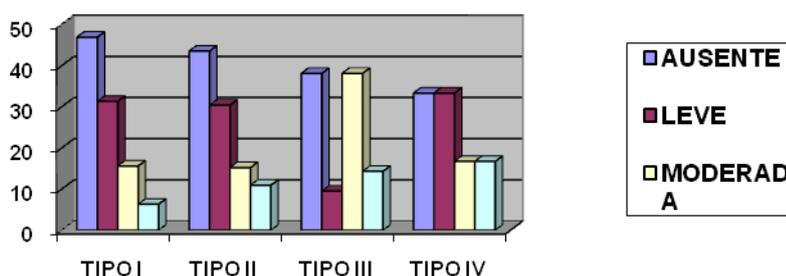


**Figura 11:** Manifestación de deseos suicidas y obesidad.

De la muestra sin deseos suicidas, 30,2 % tiene obesidad tipo I, 43 % obesidad tipo II; 15,1 % obesidad tipo III y 10 % obesidad tipo IV. La muestra con deseos suicidas leve de 30 %, tiene obesidad tipo I, 45 % obesidad tipo II; 15 % obesidad tipo III y 10 % obesidad tipo IV.

En la muestra con deseos suicidas moderados ninguno tiene obesidad tipo I, II y IV. El 100 % tiene obesidad tipo III.

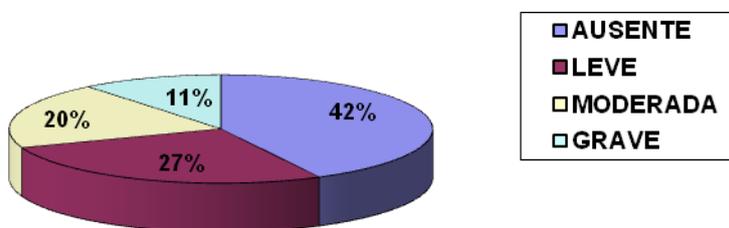
**Del total de la muestra con deseos suicidas graves** ninguno tiene obesidad Tipo I, tipo II y tipo IV. El 100 % tiene obesidad tipo III.



**Figura 12:** Población por cambio en el apetito según tipo de obesidad.

De la muestra 42,3 % no tiene cambios en el apetito, 27 % presenta cambios leves en el apetito; 19,8 % moderados y 10,8 % graves. De la muestra con obesidad tipo I; 46,9 % no tiene cambios en el apetito, 31,3 % tiene cambios leves en el apetito; 19,8 % moderados y 10,8 % cambios graves en el apetito. Del total de la muestra con obesidad tipo II, 43,5 % no tiene cambios en el apetito, 30,4 % tiene cambios leves

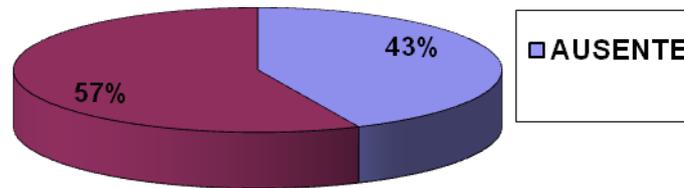
en el apetito; 15,2 % moderados y 10,9 % graves. De la muestra con obesidad tipo III, 38,1 % no tiene cambios en el apetito; 9,5 % tiene cambios leves en el apetito; 38,1 % moderados y 14,3 % graves. Del total de la muestra con obesidad tipo IV, 33,3 % no tiene cambios en el apetito; 33,3 % tiene cambios leves en el apetito; 16,7 % moderados y 16,7 % graves.



**Figura 13:** Manifestación de cambio en el apetito y obesidad.

De la muestra sin cambios en el apetito 31,9 % tienen obesidad tipo I, 42,6 % obesidad tipo II; 17 % obesidad tipo III y 8,5 % obesidad tipo IV. **De la muestra con cambios leves en el apetito 33,3 % tiene obesidad tipo I**, 46,7 % obesidad tipo II; 6,7 % obesidad tipo III y 13,3 % o

tipo IV. De la muestra con cambios moderados en el apetito, 22,7 % tiene obesidad tipo I, 31,8 % obesidad tipo II; 36,4 % obesidad tipo III y 9,1 % tipo IV. Con cambios graves en el apetito, 16,7 % tiene obesidad tipo I; 41,7 % tipo II; 25 % tipo III y 16,7 % tipo IV.



**Figura 14: Manifestación de depresión y obesidad.**

### Conclusión, Sugerencias y Limitaciones

Los resultados mostraron que existen síntomas depresivos de leves a graves en una muestra de n=111 pacientes de consultorio privado, que tienen obesidad de tipo I, II, III y IV (según la OMS).

***Del total de los pacientes un 57% presenta algún síntoma depresivo que varía de leve a grave.***

Se observa en este estudio que los obesos de tipo II y III son los que presenta más síntomas depresivos y se relaciona con el hecho de que existe más conciencia corporal y por lo tanto mayor grado de conciencia del problema.

A través de otros estudios se sabe que la prevalencia de trastornos depresivos obtenida mediante instrumentos de auto evaluación es significativamente mayor a la obtenida mediante evaluación clínica, los resultados de este estudio exploratorio son bastante significativos.

Es interesante observar que en el grupo de edad de 17 a 19 años todos tienen en el mismo porcentaje (33,3 %) sobrepeso y obesidad tipo II y III. En el grupo de edad de 20 a 24 años el mayor porcentaje corresponde a sobrepeso (45,2 %), seguido de obesidad tipo II (35,5 %) y en la misma

proporción (9,7 %) obesidad tipo III y IV. Pero que en el grupo de 25 a 29 años el mayor porcentaje corresponde a obesidad tipo II (42,1 %), seguido de sobrepeso

Se podría inferir que es más frecuente la aparición de síntomas depresivos en sujetos jóvenes, sosteniendo la teoría que se hablaba en un comienzo, que los jóvenes son mucho más permeables a los dictados de la moda y a los ideales de belleza y de esbeltez. También los hábitos alimenticios han cambiado y los fast food preponderan por todos lados y es más fácil y cómodo ingerir este tipo de alimentos.

En uno de los puntos se decía: “*Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales*” (Braguinsky y otros, 1994)

En este estudio se puede observar que la presencia de síntomas depresivos es mayor en la muestra de mujeres: **64 %** corresponde al sexo Femenino y **36 %** al sexo masculino.

Se podría hipotetizar que esto se debe a que las mujeres están más influenciadas por lo ideales de belleza, que son la esbeltez y la delgadez, así como la obsesión por la perfección de las formas

corporales que nos propone e impone la sociedad de consumo y la globalización, generando una gran paradoja: a mayor necesidad de delgadez, mayor preocupación por la figura corporal y mayor depresión.

De hecho, la mayoría de las investigaciones informan una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres (Weissman & Myers op.cit.; Byerly & Carlson 1982). Estos resultados tienden a confirmar la tendencia en general de otros estudios que la diferencia entre hombres y mujeres es significativa.

En la muestra de varones, no aparece como relevante los síntomas depresivos, esto podría estar influenciado por la conducta, del varón, sobretodo el hombre paraguayo, está más abstraído de la moda, de la delgadez e incluso de la “vigorosidad”, parecería que es común observar que los varones “con pancitas prominentes” son sinónimo de comer bien y de felicidad como un concepto de antaño pero todavía instalado como creencia.

Se observo que en las personas solteras es más frecuente el **sobrepeso y la obesidad tipo II**; mientras que en las personas casadas es más frecuente **la obesidad tipo III y I**. Lo que se puede concluir que el cambio de estado civil parecería ser una variable que influye en el sobrepeso

También se observa que el 71,2 % son universitarios y 28,8 % de nivel de Escolaridad secundaria. De la muestra de pacientes universitarios **40,5 %** tienen obesidad **tipo II** y así mismo de todas las personas de nivel secundario **43,8 %** tienen obesidad **tipo II**. Lo que se puede concluir es que existe poca diferencia de porcentajes entre ambas poblaciones.

También en este estudio se puede observar que en el tipo de obesidad II y III existen más síntomas depresivos entre moderados y graves.

La conclusión sería que se debe a la mayor conciencia de trastorno corporal de la obesidad.

¿Será la obesidad o el sobrepeso la causa de estos síntomas depresivos o tiene más que ver con otros problemas asociados o no a esta problemática? En realidad estas preguntas podrían servir a otros temas de investigación o a la posibilidad de seguir investigando en este grupo de pacientes, sobre el tema de sus estados de ánimo.

El 60,3% del total de la muestra tiene un tipo de obesidad II y III. Los síntomas depresivos se concentran con mayor intensidad en los tipos de obesidad II y III. Se podría inferir que es significativa (57%) la presencia de síntomas depresivos en la muestra de obesos.

Lo que cabría investigar con más detenimiento, es el origen de estos síntomas depresivos, o si existe comorbilidad con otras variables que no se tuvieron en cuenta.

Se puede observar, que en la muestra de obesos tipo III, el 75% no presenta síntomas depresivos y solo el 25% presenta síntomas graves de depresión. Esto podría indicar que los sujetos con una obesidad significativa tienen una ausencia de la conciencia corporal, una pérdida de la realidad con respecto a su cuerpo y a su imagen corporal.

Hasta el momento ningún estudio ha revelado una personalidad del obeso. Existen obesos con y sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio del obeso.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras. Las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona.

Finalmente, no podemos concluir este trabajo sin referirnos a la elevada prevalencia de síntomas depresivos en esta muestra intencionada de obesos. Más allá de las limitaciones propias del instrumento de evaluación, sería pertinente prestar más atención a estos datos. Ya que muchas veces los nutricionistas u otros profesionales que trabajan con obesos, no se percatan de los estados emocionales, llegando a niveles profundos que pueden obstaculizar el buen pronóstico.

Existen alteraciones psicológicas que están vinculadas a la obesidad, unas más frecuentes que otras. Las mismas no suelen encontrarse en forma aislada sino interrelacionadas unas con otras y con diferentes matices en cada persona. Estas características pueden o no estar presentes en el individuo obeso y no son patognomónicas de la obesidad. Sin embargo son de fundamental importancia a la hora de planear un tratamiento, ya que de ser ignoradas podrían dificultar y obstaculizar el tratamiento para adelgazar y / o mantener el peso logrado además de no permitir un compromiso adecuado.

Al no existir claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etc.).

Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que los profesionales tratantes deben proveer de apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente. El tratamiento debe ser integral para facilitar no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico.

Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino que como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

## Referencias

- Beck. (1974). Inventario para la depresión de Beck. New York: Institute for Rationa Living
- Bradford K. (1991). *Estética del Cambio*. Buenos Aires: Paidós
- Braguinsky J, Markman C, Katz S.(1994). *Una señal de Alarma: El aumento de Prevalencia de la obesidad*. Nutrición Clínica. Obesity Research. Vol. 2, pp. 29-32. Extraído de [publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/.../adolescentes.../cap9D.html](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/.../adolescentes.../cap9D.html) En caché
- Braguinsky, J. (1999). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Segunda Edición. Buenos Aires: El Ateneo.
- De Girolami D., Freylejer C., González C., Mactas M., Slobodianik N., Jáuregui Leyes P., Godnik M., Salazar L., Mazzeo K. (2003). *Descripción y análisis del Índice de Masa Corporal y Categoría Pondoestatural por edades, en un registro de 10.338 individuos de la República Argentina*. Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición. Vol. 4, N° 2. Buenos Aires. Extraído de: <http://www.nutrinform.com/pagina/info/IMC10000.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la Salud en el Mundo. Citado en: [bvs.sld.cu/revistas/car/vol15\\_1\\_01/car06101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol15_1_01/car06101.htm).

Recibido: Setiembre de 2011.  
Aceptado: Noviembre de 2011