

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"



**"Perfil Psicosocial de Pacientes con Sobrepeso u Obesidad de la Clínica de
Obesidad del Hospital Universitario de la UANL"**

Por

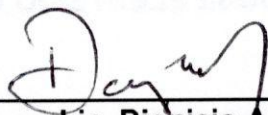
Lic. José de Jesús Hipólito Mancha Ruiz

**Como requisito parcial para obtener el grado de especialista en Psicoterapia
Clínica y Hospitalaria**

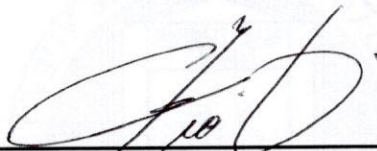
Julio, 2026

**“PERFIL PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD DE
LA CLÍNICA DE OBESIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UANL”**

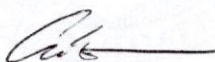
Aprobación de la tesis:



Lic. Dionicio Alan Galarza Molina
Director de Tesis



Dr. Rolando Efraín de León Luévano
Codirector de Tesis



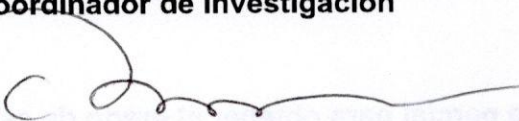
Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

Dedico el final de esta etapa a mis padres y a mis hermanas por estar siempre conmigo, sin importar la distancia geográfica.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia, a mis maestras y a mis maestros por haber contribuido en gran medida a mi formación como persona y como profesionalista.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	7
RESUMEN	7
Introducción	7
Material y métodos	8
Resultados	8
CAPÍTULO II	10
INTRODUCCIÓN	10
Conceptualización de la obesidad	10
Modelos explicativos de la obesidad	12
Variables psicológicas asociadas con la obesidad	15
Obesidad y calidad de vida	19
CAPÍTULO III	22
HIPÓTESIS	22
Hipótesis activa H1	22
Hipótesis nula H0	22
CAPÍTULO IV	23
OBJETIVOS	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Justificación	24
CAPÍTULO V	25
MATERIAL Y MÉTODOS	25
Diseño del estudio	26
1.- Descripción del diseño:	26
2.- Población de Estudio:	26
3.- Criterios de Inclusión:	27
4.- Criterios de exclusión:	27
5.- Criterios de Eliminación:	28
6.- Lugar de Referencia y Reclutamiento:	28
7.- Cálculo del Tamaño de la Muestra:	28
8.- Análisis Estadístico:	28
CAPÍTULO VI	30
RESULTADOS	30
Características de la muestra	30
Características clínicas	31
Resultados en tablas	33
Estadísticos Generales	33
Pruebas de chi-cuadrado	35
Inventario de Depresión de Beck	35
Inventario de Depresión de Beck, versión corta	37
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	40
Test exacto de Fisher	42

Prueba T para muestras independientes	46
Prueba T para muestras relacionadas/emparejadas	48
CAPÍTULO VII	50
DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO VIII	55
CONCLUSIONES	55
LIMITANTES	56
CAPÍTULO IX	57
ANEXOS	57
CAPITULO X	69
REFERENCIAS	69

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción

Con la finalidad de establecer un perfil psicosocial de los pacientes con sobrepeso u obesidad de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario de la UANL, se exploró la presencia de síntomas de depresión, de ansiedad y otros síntomas psicopatológicos en ellos y en ellas, así como se exploró una posible relación entre el grado de obesidad y el grado de la presencia de los síntomas psicopatológicos.

La presente tesis corresponde a un proyecto iniciado con datos clínicos recabados entre mayo de 2014 y mayo de 2015. El documento fue retomado y actualizado posteriormente, por lo que el marco teórico incorpora referencias recientes con el propósito de contextualizar los hallazgos a la luz de la literatura actual. Los datos empíricos, sin embargo, corresponden exclusivamente al periodo original de recolección.

Material y métodos

La selección incluyó a los pacientes que cumplieron con el diagnóstico de sobrepeso u obesidad, mayores de 18 años en la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario de la UANL; de mayo de 2014 a mayo de 2015. Se utilizaron las siguientes escalas: Escala de Depresión de Beck, Escala Corta de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Beck, SCL-90 y el Formato de Evaluación Psiquiátrica de la Clínica de Obesidad de Medicina Interna. Las variables de consumo de sustancias fueron de autorreporte.

Para el análisis estadístico se trabajó con la χ^2 de Pearson y el Test Exacto de Fisher para las tablas 2x2 y las variables cuantitativas con prueba T para muestras independientes y T para muestras relacionadas con estadísticos no paramétricos en caso de ser necesario.

Resultados

La muestra se compuso de 68 casos, de los cuales: el 8.8% cumplió con el diagnóstico de sobrepeso; el 38.3% de obesidad tipo I; el 30.9% de obesidad tipo II

y el 22.1% de obesidad tipo III; con una media de IMC de 36.67 y una desviación estándar de 6.57.

Se encontró que el 55.8% de los pacientes presentaron síntomas depresivos en el rango de leve a grave, y 53% puntuó positivo para la presencia de síntomas de ansiedad. Por otro lado, en el SCL-90-R, sólo cinco pacientes presentaron un índice de severidad global positivo. Cabe mencionar que se encontró que a mayor IMC, mayor puntaje de dicho índice; mas esto no se considera concluyente debido al tamaño de la muestra.

Así mismo, se halló una asociación de aumento en el índice OBS en relación con el IMC.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

Conceptualización de la obesidad

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, que ha incrementado al paso de los años y que impacta en la esperanza y en la calidad de vida (Chiprut et al., 2001, citado en Ríos et al., 2008). La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2025) define al sobrepeso y a la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.

Dado que la gravedad del sobrepeso u obesidad es un espectro que va de lo menos grave a lo más grave, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025) utiliza el índice de masa corporal (IMC) para categorizarla:

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

La definición del Índice de Masa Corporal de la OMS es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Por otro lado, Villa et al. (2004) consideran a la obesidad como una enfermedad de tipo crónico que se acompaña de otras complicaciones que van desde las metabólicas, que incluyen intolerancia a la glucosa, la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica junto con el aumento del riesgo cardiovascular, alteraciones hepáticas, con un riesgo elevado de llegar a padecer cirrosis y alteraciones en los lípidos, hasta alteraciones de tipo mecánico como la osteoartritis, la apnea obstructiva del sueño y otras.

Cabe destacar que en un estudio llevado a cabo en nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (Martorell, 1998, citado en Villa, 2004).

Modelos explicativos de la obesidad

Dentro de las explicaciones relacionadas de la obesidad, se encuentran el modelo biopsicosocial, el modelo cognitivo-conductual, el modelo psicoanalítico y el modelo sistémico, los cuales serán explicados brevemente a continuación.

El modelo biopsicosocial, que fue propuesto por George L. Engel en 1977 responde a la visión predominantemente biomédica de la época, ampliando la visión que se tiene de las enfermedades, agregando que todo proceso relacionado activa una respuesta en el plano psicológico, en el biológico y en el social. Invitando así a conocer a los pacientes más allá de lo que ocurre biológicamente en sus cuerpos y buscar un entendimiento desde la narrativa propia del paciente y su contexto (i Carrió, F.B., 2002).

Trasladando este modelo a la obesidad, se descentraliza la ingesta calórica y el metabolismo como únicos factores asociados, proponiéndose que ningún factor actúa de manera independiente; es decir: una predisposición genética puede activarse en un entorno estresante que además facilite el acceso a comida hipercalórica (Godoy, Herrera & Sánchez, 2025).

El modelo cognitivo-conductual, por su parte, se entiende sobre todo a la luz de la habilidad de los pacientes obesos para adherirse a los cambios en su estilo de vida (Cooper, Fairburn & Hawker, 2003), pues existen distintos factores cognitivos asociados con el abandono del tratamiento, la pérdida de peso y el mantenimiento del mismo, sugiriendo que el éxito mejora cuando se atienden dichos factores (Dalle-Grave, Calugi & Marchesini, 2014).

Entre los factores cognitivos asociados con el abandono del tratamiento, la cantidad de peso perdido y el mantenimiento se encuentran: la aceptación o decepción del peso respecto a las expectativas personales, la insatisfacción con la pérdida de peso durante el tratamiento, la confianza en la habilidad de perder peso sin ayuda profesional y mayor satisfacción con la pérdida de peso (Dalle-Grave, Sartirana & Calugi, 2020).

Desde la teoría psicoanalítica, la obesidad se entiende además de la visión clásica, como un fenómeno que implica la relación que el sujeto establece con su cuerpo (entendido desde la subjetividad y construido tanto por el lenguaje como por las identificaciones y las experiencias tempranas de satisfacción), el deseo y el goce. Se liga a la obesidad con la pulsión oral y se entiende a la comida como un

satisfactor inmediato que no se simboliza ni se articula al lazo con las demás personas; por ello, algunos autores le llaman “autista” a este goce, pues el sujeto queda atrapado en la repetitiva satisfacción que no resuelve la falta estructural y que puede ser letal o compulsiva (Gimenez, Fioranelli & McAllister, 2022).

En lo que al modelo sistémico respecta, se describe que las personas interpretan la realidad con base en la visión que les es transmitida por la familia, por lo que los problemas son entendidos como productos de la interacción entre la persona y la manera en la que percibe la realidad (Watzlawick & Nardone, 2002; citado en Chávez et al., 2015).

Continuando por esa línea, es entonces el ambiente familiar donde se construyen la autoestima y los hábitos alimenticios, y puede contribuir al mantenimiento de la obesidad cuando se presentan dinámicas de doble vínculo; en estos casos pueden coexistir mensajes verbales que promueven la delgadez y las conductas no verbales de llevar al hogar alimentos poco saludables o insistir en no desperdiciar la comida (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2000; Colombo, 2006; Guilen, 2010; citado en Chávez et al., 2015).

Variables psicológicas asociadas con la obesidad

De acuerdo con los hallazgos de una revisión sistemática llevada a cabo McElroy y sus colaboradores en 2004, diversos trastornos del estado de ánimo se asocian con el sobrepeso o la obesidad, sin que llegue a existir una relación estadísticamente significativa.

Sin embargo, autores como Masheb (2007), Van Hout (2004), Herpertz (2006) y Dixon (2003) encontraron que la obesidad sí se relaciona con sintomatología depresiva, ansiosa, un pobre control de impulsos, baja autoestima y una calidad de vida deteriorada.

En una revisión llevada a cabo por Rios et al. (2008) respecto a estudios sobre obesidad y depresión, se encontró que las mujeres al tener un aumento en el IMC presentan mayores síntomas depresivos que los hombres, que el tener obesidad lleva a que aproximadamente un año después se presenten síntomas depresivos, o que el haber estado deprimido en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la etapa de la adultez temprana.

De igual manera, encontraron que si en la historia familiar se halla que otros miembros han padecido depresión, esto se convierte en un factor de riesgo para que los pacientes obesos la desarrollen posteriormente.

En lo que a factores psicológicos se refiere, no se han encontrado resultados significativos que aseguren que las personas con obesidad presenten necesariamente trastornos psicológicos o psiquiátricos (Ardelt-Gattinger et al., 2001, citado en Ríos et al., 2008).

Ahora bien, en 2008, Ríos y sus colaboradores realizaron un estudio en pacientes con obesidad, reclutando una muestra de 296 entre 18 y 79 años (61% son mujeres), mismos que recibieron atención multidisciplinaria (psicoterapia, acondicionamiento físico, nutrición y supervisión médica por un médico internista) y fueron evaluados con la escala de ansiedad de Hamilton, la escala de depresión de Beck y un cuestionario de calidad de vida.

Dentro de los resultados, se encontró que los pacientes presentaron una media en la escala de ansiedad de Hamilton de 16 puntos, lo cual indica que presentan ansiedad de manera leve; de igual manera en la escala de depresión de

Beck, donde la media correspondió a 12, significando que presentan síntomas depresivos leves.

Por otro lado, en un estudio que tuvo como muestra 65 pacientes con sobrepeso u obesidad (de los cuales el 89.2% correspondió al género femenino), a quienes se evaluó con la escala de ansiedad de Goldberg, aunque no se encontró una relación directa entre el peso corporal y la puntuación obtenida en la escala de ansiedad, se pudo inferir que la posible presencia de un trastorno de ansiedad se asocia de manera significativa con la condición de no tener normopeso (Tapia, 2006).

Así mismo, en otro estudio que comprendió a 100 pacientes con sobrepeso u obesidad (89.0% mujeres), en el que se evaluó con la escala de depresión de Goldberg, no se encontró relación entre el IMC y la intensidad de los síntomas depresivos (Tapia & Mason, 2006).

Zaldivar et al. (2009) llevaron a cabo un estudio en el cual pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica después de haber sido entrevistados clínicamente y evaluados con escalas de psicopatología (Escala de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Beck, Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory,

etc.), observando que la sintomatología disminuyó después de la cirugía, por lo que podríamos inferir que la pérdida de peso puede disminuir la presencia de síntomas depresivos o ansiosos, por lo que la presencia de dichas características, puede dificultar la pérdida de peso de pacientes que inicien algún régimen para ello (Legenbauer, 2009).

Por otro lado, Guisado et al., en 2002 hicieron un estudio con pacientes con obesidad mórbida postcirugía gástrica, donde los evaluaron con el SCL-90-R (el cual es un inventario de síntomas psicopatológicos en general, que consiste en 90 preguntas y se divide en las siguientes subescalas: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), obteniendo una muestra con una media de 43.16 años $\pm$ 11.23 años.

Detectaron enfermedad psiquiátrica en 40 de los pacientes (40%), siendo los trastornos afectivos y de ansiedad los más comunes, seguidos por trastornos de la conducta alimentaria y de dependencia al alcohol. Las diferencias en relación con el sexo han aparecido en la escala de somatización, de tal manera que las mujeres

puntuaron más altas que los hombres, diferencia que se considera significativa ($p < 0.0001$, $t = -3.898$).

Obesidad y calidad de vida

Al realizar el intento de definir el constructo de calidad de vida, se encuentran algunas dificultades, pues éste ha de ser comprendido desde distintas perspectivas o disciplinas (salud o filosofía, e incluso desde un enfoque individual o colectivo) (Monardes-Seemann, C., Soto-Pérez, F. & González-Gil, F., 2011). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se abocó a aproximarse a la definición del concepto: las percepciones individuales de su posición en la vida en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los que se vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. A este concepto lo integran las dimensiones de salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con el ambiente (OMS, 1998, citado en OMS, 2012).

En relación con la obesidad, la calidad de vida se ha encontrado deteriorada significativamente, afectando tanto física como psicológica y socialmente. Distintos estudios han demostrado que las personas con obesidad experimentan mayores

dificultades en lo que a participación social se refiere, así como aislamiento y dificultades en las interacciones cotidianas, siendo el estigma del peso y la discriminación social variables importantes en este hecho (Puhl & Heuer, 2010; Sarwer et al., 2012). Además del bienestar subjetivo, el desempeño laboral y las oportunidades socioeconómicas también se ven afectadas, ya que índices de masa corporal altos también se han asociado con prejuicios en contextos profesionales y menor integración social.

En cuanto al ámbito de las relaciones de pareja, la evidencia señala que la obesidad guarda relación también con alteraciones en la función sexual y la satisfacción en las relaciones. Se han encontrado altas tasas de disfunción sexual y menor satisfacción con la vida íntima (Moore et al., 2013; Steffen et al., 2017). Pareciera que estas dificultades están influenciadas por factores como la insatisfacción corporal, la vergüenza en relación con el cuerpo y otros síntomas emocionales.

Asimismo, otros estudios (y como ya se mencionó anteriormente) han vinculado a la obesidad con mayores niveles de depresión, ansiedad y autoestima

baja, facilitando mayor vulnerabilidad psicológica que contribuye a que el problema continúe y afecte al bienestar general (Kolotkin et al., 2010).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

Hipótesis activa H1

Existe una relación positiva entre el IMC y la severidad de los síntomas psicopatológicos.

Hipótesis nula H0

No existe una relación significativa entre el IMC y la severidad de los síntomas psicopatológicos.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las características psicopatológicas y de salud en general de pacientes con sobrepeso u obesidad de la Clínica de Obesidad del Hospital Universitario de la UANL.

Objetivos específicos

1. Conocer el estado de salud general.
2. Medir el grado de síntomas depresivos.
3. Medir el grado de síntomas ansiosos.
4. Conocer la incidencia de síntomas psicopatológicos.

Justificación

Se considera importante detectar oportunamente la presencia de psicopatología en el paciente con sobrepeso u obesidad para llevar a cabo un tratamiento integral, ya que esto puede contribuir a la mejora del pronóstico de los pacientes.

CAPÍTULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Se evaluaron a los pacientes que llegaron por primera vez a consultar a la Clínica de Obesidad de la Consulta #11 de Medicina Interna del Hospital Universitario de la UANL.

2.- Se reclutaron a los pacientes por medio de pósters distribuidos en el Hospital Universitario y en la Facultad de Medicina, así como la promoción en medios masivos de comunicación.

3.- Se entrevistó con base en el Formato de Evaluación Psiquiátrica e la Clínica de Obesidad de Medicina interna, individualmente a cada paciente para detectar riesgo de auto o hetero agresión, u otra condición que requiriera atención inmediata; de haber sido así, se canalizó al paciente al Servicio de Urgencias para ser evaluado de manera exhaustiva con el fin de recibir el tratamiento adecuado.

4.- Las escalas respondidas por los pacientes (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Depresión de Beck versión corta, Inventario de Ansiedad de Beck y SCL-90-R) fueron revisadas manualmente.

Diseño del estudio

1.- Descripción del diseño:

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y correlacional, donde se obtuvieron los expedientes de los pacientes de consulta de primera vez de mayo de 2014 a mayo de 2015 de la Clínica de Obesidad de Medicina Interna del Hospital Universitario "José Eleuterio González". Los datos sociodemográficos se obtuvieron del Formato de Evaluación Psiquiátrica de la Clínica de Obesidad de Medicina Interna.

La Clínica de Obesidad de Medicina Interna se encuentra en la Consulta #11 del Hospital Universitario "José Eleuterio González", y brinda atención a la población del noreste del país, y se evalúa por residentes (supervisados por los maestros correspondientes) de las especialidades en Psiquiatría, Medicina del Deporte, Nutrición y Medicina Interna, desde la primera visita, con seguimiento mensual.

2.- Población de Estudio:

La población del estudio se conformó de pacientes que acudieron por primera vez entre mayo de 2014 a mayo de 2015 a la Clínica de Obesidad de Medicina Interna en la Consulta #11 del Hospital Universitario "José Eleuterio González".

3.- Criterios de Inclusión:

Pacientes de primera vez que acudieron a la Clínica de Obesidad de Medicina Interna en la Consulta #11 del Hospital Universitario "José Eleuterio González" y que cumplieron con el diagnóstico de Sobrepeso u Obesidad Tipo I, II ó III, cuyo expediente se encuentre completo y contenga la información necesaria para los propósitos del estudio y que se encuentren entre los 18 y los 99 años de edad.

4.- Criterios de exclusión:

Se excluyeron a los pacientes que rechazaron las condiciones del estudio; así mismo a los que no cumplieron con el diagnóstico de Sobrepeso u Obesidad Tipo I, II ó III, a los pacientes que presentaban síntomas psicóticos y a aquellos

pacientes cuyo expediente se encontraba incompleto y/o faltante de información relevante para los propósitos del estudio.

5.- Criterios de Eliminación:

Se eliminaron de la muestra a los pacientes que no contestaron por completo alguna de las escalas y a los pacientes que no tenían entre 18 y 99 años de edad.

6.- Lugar de Referencia y Reclutamiento:

Clínica de Obesidad del Hospital Universitario “José Eleuterio González” en la Consulta #11 de Medicina Interna.

7.- Cálculo del Tamaño de la Muestra:

La muestra se obtuvo de todos los expedientes recabados de la Clínica de Obesidad, que cumplieron con el diagnóstico de Sobrepeso u Obesidad Tipo I, II ó III entre mayo de 2014 y mayo de 2015. El tamaño total de la muestra fue de 68 pacientes.

8.- Análisis Estadístico:

Se realizó el análisis estadístico descriptivo univariado por medio de tablas de contingencia, reportando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

En el análisis bivariado y multivariado los resultados cualitativos se analizaron con el estadístico Chi Cuadrada de Pearson y el Test Exacto de Fisher para las tablas de 2x2 y las variables cuantitativas con prueba T para muestras independientes y T de Student para muestras relacionadas o con estadísticos no paramétricos en caso de ser necesario.

Con un nivel de significancia del 95% y con sus intervalos de confianza respectivos. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS versión 20 (SPSS, Inc., Armon, NY).

	Frecuencia	
1 Sexo		Masculino
		Femenino
2 Tipo de vivienda		Carrito
		Unión libre

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra total es de 68 expedientes, de los cuales 53 (77.9%) son mujeres y 15 (22.1%) hombres. El rango de edad fue de entre 18 y 66 años, con una media de 40.16 años y una desviación estándar de 13.16.

En el 55.8% (38) de la muestra, el estado civil es casado o unión libre y un 35.3% (24) soltero. En cuanto a la situación laboral, 60.1% (41) estaban trabajando o estudiando al momento de la consulta. La escolaridad fue predominantemente de licenciatura, con un 41.2% (28) y la religión se compuso de 69.1% (47) católicos.

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	15	22.1
	Femenino	53	77.9
Edo. Civil	Casado /	38	55.8
	Unión libre		

	No casado	24	35.3
Empleo		41	60.1
Religión	Católica	47	69.1
	Otra	21	30.9
Educación	Licenciatura	28	41.2
	Otra	40	58.8

Tabla 1.

Características clínicas

De los 68 casos que componen nuestra muestra, el 8.8% cumplió con el diagnóstico de sobrepeso; el 38.3% con obesidad tipo I; el 30.9% con obesidad tipo II y el 22.1% con obesidad tipo III; con una media de IMC de 36.67 y una desviación estándar de 6.57.

Dentro de las comorbilidades de dicha muestra, se encontró que el 8.8% (6) presentaron hipertensión arterial y el 11.8 % (8) presentaron diabetes mellitus tipo I ó II.

En cuanto a psicopatología, se encontró que en la Escala de Depresión de Beck (BDI), el 55.8% (38) presentan síntomas depresivos en el rango de leve a

grave –estando el mayor porcentaje (38.3%) en la categoría de leve-, con un puntaje medio de 12.6 y una desviación estándar de 8.1; mientras que en la BDI-versión corta, este porcentaje disminuyó a 42.6% (29) para el rango de presencia de síntomas depresivos de leve a grave –cuyo mayor porcentaje (19.1%) se encontró en la categoría de moderada- con un puntaje medio de 5.44 y una desviación estándar de 5.45.

En la Escala de Ansiedad de Beck (BAI), 53% (50) de la población presentó síntomas de ansiedad en un rango de leve a grave –encontrándose el mayor porcentaje (26.5%) en la categoría de leve-, con un puntaje medio de 10.82 y una desviación estándar de 9.02.

En relación al SCL-90-R, se obtuvo que sólo 5 pacientes presentaron un índice de severidad global positivo -lo cual indica adecuadamente el nivel actual de la severidad del malestar, pues combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Cabe mencionar que se encontró que a mayor índice de masa corporal, fue mayor el puntaje de dicho índice; sin embargo, no se puede considerar una correlación, ya que la muestra es pequeña.

No se encontró relación estadística alguna con los síntomas psicopatológicos que mide esta escala, mas se halló una asociación que indica que a mayor índice de masa corporal, mayor presencia de síntomas obsesivo compulsivos. Esto podría quedar más claro al ampliar la muestra.

Resultados en tablas

Estadísticos Generales

Estadísticos						
				Escala		
		Edad	IMC	Depresión	dep corta	Ansiedad
				cuantitativo	cuantitativo	cuantitativo
N	Válido	68	68	68	68	68
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		40,16	36,6740	12,691	5,441	10,824
Mediana		40,00	36,1050	13,000	4,000	9,000
Moda		38a	33,20a	3,0a	0,0	,0a

Desviación estándar		13,161	6,57258	8,1337	5,4510	9,0272
Varianza		173,212	43,199	66,157	29,713	81,491
Asimetría		,003	1,309	,217	,890	,584
Error estándar de asimetría		,291	,291	,291	,291	,291
Curtosis		-,834	2,225	-,964	-,336	-,866
Error estándar de curtosis		,574	,574	,574	,574	,574
Rango		48	32,30	31,0	20,0	30,0
Mínimo		18	26,50	0,0	0,0	0,0
Máximo		66	58,80	31,0	20,0	30,0
Percentiles	25	29,25	32,2250	5,000	1,000	3,000
	50	40,00	36,1050	13,000	4,000	9,000
	75	49,75	39,0150	18,000	8,750	17,000

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 2.

Pruebas de chi-cuadrado

Inventario de Depresión de Beck

Tabla cruzada			imcdat				Total
			sp	ob1	ob2	o3	
Depresión	Grave	Recuento	0	0	1	1	2
		% dentro de imcdat	0,0%	0,0%	4,8%	6,7%	2,9%
	Leve	Recuento	2	9	10	5	26
		% dentro de imcdat	33,3%	34,6%	47,6%	33,3%	38,2%
	Mínimo	Recuento	4	12	9	5	30
		% dentro de imcdat	66,7%	46,2%	42,9%	33,3%	44,1%
	Moderada	Recuento	0	5	1	4	10
		% dentro de imcdat	0,0%	19,2%	4,8%	26,7%	14,7%

Total	Recuento	6	26	21	15	68
	% dentro de imcdat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 3.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,825a	9	,552
Razón de verosimilitud	9,528	9	,390
N de casos válidos	68		

a. 10 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Tabla 4.

Se realizó una prueba de chi-cuadrada de independencia para analizar la relación entre el IMC y los niveles de depresión. Los resultados indican que no existe una

asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2= 7.825$, $p= 0.552$). Sin embargo, más del 20% de las celdas presentaron frecuencias esperadas menores a cinco, por lo que estas interpretaciones deben tomarse con cautela.

Inventario de Depresión de Beck, versión corta

Tabla cruzada			imcdat				Total
			sp	ob1	ob2	o3	
Depresión (versión corta)	Grave	Recuento	0	2	1	1	4
		% dentro de imcdat	0,0%	7,7%	4,8%	6,7%	5,9%
	Leve	Recuento	2	4	2	4	12
		% dentro de imcdat	33,3%	15,4%	9,5%	26,7%	17,6%
	Mínimo	Recuento	4	16	13	6	39
		% dentro de imcdat	66,7%	61,5%	61,9%	40,0%	57,4%

	Moderada	Recuento	0	4	5	4	13
		% dentro de imcdat	0,0%	15,4%	23,8%	26,7%	19,1%
Total		Recuento	6	26	21	15	68
		% dentro de imcdat	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,006a	9	,739
Razón de verosimilitud	7,421	9	,593
N de casos válidos	68		

a. 13 casillas (81,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,35.

Tabla 6.

Los resultados de la prueba chi-cuadrado con base en la BDI versión corta, se sostienen: $\chi^2= 6.006$, $p= 0.739$, indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. No obstante, el 81.3% de las celdas presentaron frecuencias esperadas menores a cinco, lo cual transgrede los supuestos de la prueba, así que al igual que en las tablas 4 y 5, los resultados deben tomarse con cautela.

Categoría de la variable dependiente	Categoría de la variable independiente	
	Alta	Baja
Alta	10	5
Baja	5	10

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

ansiedad cualitativo x imcdat

			imcdat				Total
			sp	ob1	ob2	o3	
ansiedad cualitativo	grave	Recuento	1	3	0	2	6
		% Fila	16.7%	50.0%	.0%	33.3%	100.0%
		% Columna	16.7%	11.5%	.0%	13.3%	8.8%
		% Total	1.5%	4.4%	.0%	2.9%	8.8%
	leve	Recuento	2	3	7	6	18
		% Fila	11.1%	16.7%	38.9%	33.3%	100.0%
		% Columna	33.3%	11.5%	33.3%	40.0%	26.5%
		% Total	2.9%	4.4%	10.3%	8.8%	26.5%
	minimo	Recuento	3	14	10	5	32
		% Fila	9.4%	43.8%	31.3%	15.6%	100.0%
		% Columna	50.0%	53.8%	47.6%	33.3%	47.1%
		% Total	4.4%	20.6%	14.7%	7.4%	47.1%
	moderada	Recuento	0	6	3	2	11
		% Fila	.0%	54.5%	27.3%	18.2%	100.0%
		% Columna	.0%	23.1%	14.3%	13.3%	16.2%
		% Total	.0%	8.8%	4.4%	2.9%	16.2%
	moderado	Recuento	0	0	1	0	1
		% Fila	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	.0%	4.8%	.0%	1.5%
		% Total	.0%	.0%	1.5%	.0%	1.5%
Total	Recuento	6	26	21	15	68	
	% Fila	8.8%	38.2%	30.9%	22.1%	100.0%	
	% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% Total	8.8%	38.2%	30.9%	22.1%	100.0%	

Tabla 7.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,505a	12	,486

Razón de verosimilitud	14,673	12	,260
N de casos válidos	68		

a. 15 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,09.

Tabla 8.

En cuanto a la prueba de chi-cuadrado tomando como base las variables de IMC y los niveles de ansiedad, los resultados indicaron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2= 11.505$, $p= 0.486$). Sin embargo, el 75% de las celdas presentaron frecuencias esperadas menores a cinco, lo cual viola los supuestos de esta prueba, por lo que, al igual que en las pruebas anteriores, estos resultados deben interpretarse cautelosamente.

Test exacto de Fisher

Resumen

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
imcfish x depfish	68	95.8%	3	4.2%	71	100.0%
imcfish x ansfish	68	95.8%	3	4.2%	71	100.0%

Tabla 9.

imcfish x depfish

			depfish		Total
			1.00	2.00	
imcfish	1.00	Recuento	6	0	6
		% Fila	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	9.1%	.0%	8.8%
		% Total	8.8%	.0%	8.8%
	2.00	Recuento	60	2	62
		% Fila	96.8%	3.2%	100.0%
		% Columna	90.9%	100.0%	91.2%
		% Total	88.2%	2.9%	91.2%
Total	Recuento	66	2	68	
	% Fila	97.1%	2.9%	100.0%	
	% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	
	% Total	97.1%	2.9%	100.0%	

Tabla 10.

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2- colas)	Sig. Exacta (1- cola)
Chi-cuadrado de Pearson	.20	1	.655	1.000	.830
Razón de Semejanza	.38	1	.540		
Prueba exacta de Fisher					
Corrección de continuidad	.00	1	1.000		
Asociación Lineal-by- Lineal	.20	1	.658		
N de casos válidos	68				

Tabla 11.

imcfish x ansfish

			ansfish		Total
			1.00	2.00	
imcfish	1.00	Recuento	5	1	6
		% Fila	83.3%	16.7%	100.0%
		% Columna	8.1%	16.7%	8.8%
		% Total	7.4%	1.5%	8.8%
	2.00	Recuento	57	5	62
		% Fila	91.9%	8.1%	100.0%
		% Columna	91.9%	83.3%	91.2%
		% Total	83.8%	7.4%	91.2%
Total	Recuento		62	6	68
	% Fila		91.2%	8.8%	100.0%
	% Columna		100.0%	100.0%	100.0%
	% Total		91.2%	8.8%	100.0%

Tabla 12.

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2- colas)	Sig. Exacta (1- cola)
Chi-cuadrado de Pearson	.50	1	.478	.758	.438
Razón de Semejanza	.42	1	.518		
Prueba exacta de Fisher					
Corrección de continuidad	.00	1	1.000		
Asociación Lineal-by- Lineal	.50	1	.481		
N de casos válidos	68				

Tabla 13.

Con la finalidad de reanalizar la posible asociación entre las variables de IMC, ansiedad y depresión, se agruparon los datos de tal manera que pudiera llevarse a cabo la prueba de Test Exacto de Fisher. Los resultados mostraron concordancia con los encontrados previamente en las pruebas de chi-cuadrado: no se encontraron asociaciones significativas entre las variables. En el primer

contraste, el test arrojó una significancia bilateral de $p= 1.000$, y en el segundo $p= 0.758$, por lo que esta evidencia estadística no se considera suficiente para afirmar que existe una relación significativa entre el IMC y los niveles de ansiedad o depresión.

Prueba T para muestras independientes

Estadísticas de grupo

	Grupo	N	Media	Desviación Estándar	r.Est.Medi
Escala Depresión cuantitativo	1.00	6	7.00	7.27	2.97
	2.00	62	13.24	8.05	1.02
Ansiedad cuantitativo	1.00	6	10.33	10.52	4.29
	2.00	62	10.87	8.97	1.14
dep corta cuantitativo	1.00	6	2.83	3.25	1.33
	2.00	62	5.69	5.57	.71

Tabla 14.

Prueba para muestras independientes											
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Contraste T para Igualdad de Medias					
		F	Sign.	t	df	Sign. (2- colas)	Diferencia Media	Err.Est. de la Diferencia	Intervalo de confianza de la diferencia 95%		
									Inferior	Superior	
Escala Depresión cuantitativo	Se asume igualdad de varianzas	.24	.624	-1.83	66.00	.072	-6.24	3.42	-13.07	.58	
	Igualdad de varianzas no asumida			-1.99	6.25	.092	-6.24	3.14	-13.85	1.36	
Ansiedad cuantitativo	Se asume igualdad de varianzas	.02	.886	-.14	66.00	.890	-.54	3.89	-8.30	7.23	
	Igualdad de varianzas no asumida			-.12	5.73	.908	-.54	4.44	-11.54	10.46	
dep corta cuantitativo	Se asume igualdad de varianzas	2.38	.128	-1.23	66.00	.222	-2.86	2.32	-7.50	1.77	
	Igualdad de varianzas no asumida			-1.90	8.19	.093	-2.86	1.50	-6.31	.59	

Tabla 15.

La prueba t de Student para muestras independientes comparó los niveles de ansiedad, de depresión con base en la BDI y la BDI versión corta.

La prueba de Levene para la igualdad de varianzas indicó que se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas en todas las variables analizadas: BAI, $p=0.886$, BDI, $p=0.624$ y BDI versión corta, $p=0.128$. Por lo tanto se asume igualdad de varianzas.

Respecto a los resultados en conjunto encontramos la indicación de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los niveles de depresión ni ansiedad. Sin embargo, cabe mencionar que en la BDI se observa una tendencia hacia puntuaciones más altas en el grupo 2 (obesidad tipo 1, tipo 2 y tipo 3) teniendo una $p=0.072$; aún así no se alcanza la significancia estadística.

Prueba T para muestras relacionadas/emparejadas

Estadísticas de muestras emparejadas

		N	Media	Desviación Estándar	r.Est.Medi
Pareja 1	DEPRE	68	1.76	.81	.10
	ANSIEDAD	68	1.88	1.00	.12

Correlaciones de muestras emparejadas

		N	Correlación	Sign.
Pareja 1	DEPRE & ANSIEDAD	68	.369	.002

Tabla 16.

Prueba de muestras emparejadas

		Diferencias emparejadas					t	df	Sign. (2- colas)
		Media	Desviación Estándar	r.Est.Medi	Intervalo de confianza 95% de la Diferencia				
					Inferior	Superior			
Pareja 1	DEPRE - ANSIEDAD	-.12	1.03	.12	-.37	.13	-.94	67	.350

Tabla 17.

Con base en la prueba T para muestras relacionadas, los resultados indican que los niveles de ansiedad y de depresión son similares en la muestra analizada, pues no se encontraron diferencias significativas entre sus medias. Sin embargo, ambas variables presentan una correlación positiva moderada ($p= 0.002$), lo que

podría sugerir que los sujetos que reportan mayores niveles de depresión, también tienden a presentar mayores niveles de ansiedad.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Como se observó anteriormente, la muestra se caracterizó por una mayor proporción de mujeres y una edad promedio de 40.16 años, lo cual coincide con la literatura, misma en la que se ha documentado una mayor participación por parte de la población femenina.

En relación con la sintomatología psicológica, se encontró que una proporción considerable de los participantes presentó síntomas depresivos y ansiosos, aunque predomina el nivel leve. Estos hallazgos también coinciden con estudios previos en los que mediante la BDI y la BAI se ha reportado la presencia de sintomatología afectiva de baja a moderada intensidad en personas con obesidad. En este sentido, los resultados del presente estudio refuerzan la noción de que, si bien existe malestar emocional en esta población, éste no necesariamente alcanza niveles de severidad clínica en todos los casos.

No obstante, es importante tener en consideración que la evaluación de los síntomas psicopatológicos podría variar con base en el instrumento utilizado. En

este sentido, Ríos et al. (2008) señalaron que, aunque clínicamente percibían mayor intensidad en los síntomas ansiosos y depresivos, los resultados obtenidos mediante escalas tendían a ubicarse en rangos leves, lo que sugiere posibles limitaciones en la sensibilidad de los instrumentos o diferencias entre la evaluación clínica y psicométrica.

Por otra parte, los resultados obtenidos por medio del SCL-90-R indicaron que solamente un reducido número de participantes presentó un índice de severidad global positivo, lo cual sugiere ausencia de psicopatología generalizada en la muestra, lo cual coincide con lo estipulado por Ardelt-Gattinger (2001): ante la presencia de sobrepeso u obesidad, no necesariamente existe psicopatología comórbida. De igual manera, no se encontró una relación significativa entre el IMC y la severidad global de los síntomas, lo cual es distinto a lo hallado en algunos estudios previos, que reportaron mayores niveles de comorbilidad psiquiátrica en población con sobrepeso u obesidad. Esta discrepancia podría explicarse predominantemente por el reducido tamaño de la muestra de este estudio.

Siguiendo lo anterior, los hallazgos aquí reportados respaldan la postura de que el sobrepeso o la obesidad no implican la presencia de psicopatología; es decir:

los resultados sugieren que el malestar psicológico en esta población podría presentarse en formas más específicas y no necesariamente como un cuadro psicopatológico completo.

Cabe mencionar particularmente el hallazgo de la asociación encontrada entre el IMC y la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos, ya que podría vincularse con patrones cognitivos rígidos, preocupaciones recurrentes o dificultades en el control de impulsos -aspectos que han sido previamente relacionados con conductas alimentarias desadaptativas (Guillén-Riebeling, 2024).

En este sentido, más que hablar de psicopatología generalizada, podríamos interpretar esto como presencia de procesos psicológicos específicos que podrían estar implicados en el mantenimiento de la obesidad, estableciéndose, así, como un factor de riesgo (Montejo-Celis, González-Romero & Mata-Essayag, 2002).

Por otro lado, aunque se observó una tendencia de que a mayor grado de obesidad, mayores los niveles de sintomatología psicológica, esta relación no alcanzó a establecerse como estadísticamente significativa; lo cual, de nuevo, puede atribuirse en parte al tamaño de la muestra y también a la distribución dispareja de los participantes entre los distintos tipos de obesidad.

Asimismo, los análisis estadísticos realizados (chi-cuadrada y Test Exacto de Fisher) no mostraron asociaciones significativas entre el IMC y los niveles de ansiedad o depresión, lo cual refuerza la idea de que la relación entre la obesidad y malestar emocional puede no ser directa.

Al mismo tiempo, se encontró una correlación positiva moderada entre los niveles de ansiedad y depresión, lo cual sugiere que ambas entidades tienden a coexistir en esta población, lo cual coincide con la literatura que posiciona a los síntomas ansiosos y a los síntomas depresivos como comórbidos (Rodríguez, Kohn & Aguilar-Gaxiola, 2009; citado en Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). Este hallazgo refuerza la importancia de abordar integralmente los posibles malestares emocionales experimentados por los pacientes con obesidad.

Con todo lo anterior en cuenta, este estudio permite plantear que el perfil psicosocial de los pacientes con obesidad evaluados, se caracteriza por la presencia de malestar emocional con intensidad de baja a moderada, sin sugerencia de psicopatología severa, pero con indicios de procesos psicológicos específicos (sobre todo de tipo obsesivo-compulsivo) que podrían desempeñar un papel relevante en la experiencia subjetiva y conductual de esta condición.

Con base en lo antes descrito, cobra importancia el diseño de intervenciones psicológicas que se centren en los aspectos cognitivos, conductuales y de regulación emocional, además de meramente en los síntomas afectivos.

Por último, la recomendación para investigaciones futuras radica en la consideración de estudios longitudinales con mayor tamaño de muestra y que la misma se encuentre equilibrada, pues así se analizaría con mayor precisión la relación entre el IMC y los distintos síntomas, siendo particularmente interesante el comportamiento de los síntomas en función del IMC.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten concluir que las personas con sobrepeso u obesidad pueden presentar síntomas ansiosos y/o depresivos, con una intensidad de leve a moderada, lo cual coincide con lo reportado en los estudios previos realizados en poblaciones con características similares, en los que además se habla de que las mujeres son quienes predominantemente presentan sobrepeso u obesidad, síntomas depresivos y/o ansiosos (Ruiz-Acacio et al., 2017).

Por otro lado, aunque los resultados sugieren una posible relación entre el IMC y la severidad de los síntomas psicopatológicos, los análisis realizados aquí no permiten establecer conclusiones fehacientes al respecto, debido al tamaño de la muestra y a la distribución tan distinta entre los grados de sobrepeso y obesidad.

Un hallazgo relevante fue la asociación encontrada entre el IMC y el índice OBS del SCL-90: a mayor IMC, mayor es el índice de OBS. Este resultado podría sugerir el involucramiento de aspectos relacionados con pensamientos recurrentes,

rigidez cognitiva o dificultades en el control de impulsos, por lo que se considera interesante y enriquecedor el continuar investigando esta posible relación.

En conjunto, los hallazgos aquí reportados apoyan la necesidad de comprender la obesidad desde una perspectiva biopsicosocial, integrando a las variables médicas y nutricionales, los factores psicológicos que podrían influir en la aparición y mantenimiento de esta condición.

LIMITANTES

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el reducido tamaño de la muestra y la disparidad en la distribución de pacientes que caben en la categoría de sobrepeso y de obesidad tipo I, II y III, pues ello permitiría que los análisis estadísticos adquieran mayor validez y provean más información acerca de la relación entre los síntomas psicopatológicos con la obesidad y sus distintos grados; esto también permitiría probar si existe una correlación entre el índice OBS de la escala SCL-90 y el IMC.

Al mismo tiempo, el diseño transversal de este estudio no permite que se establezcan relaciones de causalidad, de tal manera que los hallazgos deben interpretarse solamente en términos de asociación.

CAPÍTULO IX

ANEXOS

- A. **Inventario de depresión de Beck**
- B. **Inventario de depresión de Beck versión corta**
- C. **Inventario de ansiedad de Beck**
- D. **SCL-90-R**



5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

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
 - ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - ☐ No estoy especialmente insatisfecho
 - ☐ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
 - ☐ Me siento bastante culpable
 - ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - ☐ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
 - ☐ Siento que merezco ser castigado
 - ☐ No pienso que esté siendo castigado
 - ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
 - ☐ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - ☐ Estoy descontento conmigo mismo
 - ☐ No me aprecio
 - ☐ Me odio (me desprecio)
 - ☐ Estoy asqueado de mí
 - ☐ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - ☐ No creo ser peor que otros
 - ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - ☐ Siento que estaría mejor muerto
 - ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - ☐ Tengo planes decididos de suicidarme
 - ☐ Me mataría si pudiera
 - ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - ☐ No lloro más de lo habitual
 - ☐ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - ☐ Ahora lloro más de lo normal

5.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

11. Irritabilidad	☐ No estoy más irritable que normalmente ☐ Me irrito con más facilidad que antes ☐ Me siento irritado todo el tiempo ☐ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social	☐ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto ☐ Me interesa por la gente menos que antes ☐ No he perdido mi interés por los demás ☐ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión	☐ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones ☐ Tomo mis decisiones como siempre ☐ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto ☐ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal	☐ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado ☐ Me siento feo y repulsivo ☐ No me siento con peor aspecto que antes ☐ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral	☐ Puedo trabajar tan bien como antes ☐ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa ☐ No puedo trabajar en nada ☐ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo ☐ No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño	☐ Duermo tan bien como antes ☐ Me despierto más cansado por la mañana ☐ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir ☐ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche ☐ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme ☐ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas ☐ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas ☐ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio	☐ Me canso más fácilmente que antes ☐ Cualquier cosa que hago me fatiga ☐ No me canso más de lo normal ☐ Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito	☐ He perdido totalmente el apetito ☐ Mi apetito no está tan bueno como antes ☐ Mi apetito es ahora mucho menor ☐ Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso	☐ No he perdido peso últimamente ☐ He perdido más de 2,5 kg ☐ He perdido más de 5 kg ☐ He perdido más de 7,5 kg
20. Hipochondría	☐ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas ☐ Estoy preocupado por dolores y trastornos ☐ No me preocupa mi salud más de lo normal ☐ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido	☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes ☐ He perdido todo mi interés por el sexo ☐ Apenas me siento atraído sexualmente ☐ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

3

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 ☐ No me encuentro triste
☐ Me siento triste o melancólico
☐ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
☐ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
- 2 ☐ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
☐ Me siento desanimado respecto al futuro
☐ No tengo nada que esperar del futuro
☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- 3 ☐ No me siento fracasado
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
☐ Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
- 4 ☐ No estoy particularmente descontento
☐ No disfruto de las cosas como antes
☐ No encuentro satisfacción en nada
☐ Me siento descontento de todo
- 5 ☐ No me siento particularmente culpable
☐ Me siento malo o indigno muchas veces
☐ Me siento culpable
☐ Pienso que soy muy malo e indigno
- 6 ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy disgustado conmigo mismo
☐ Me odio
- 7 ☐ No tengo pensamientos de dañarme
☐ Creo que estaría mejor muerto
☐ Tengo planes precisos para suicidarme
☐ Me mataría si tuviera ocasión
- 8 ☐ No he perdido el interés por los demás
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes
☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9 ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
☐ Trato de no tener que tomar decisiones
☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
☐ Ya no puedo tomar decisiones
- 10 ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado
☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 ☐ Puedo trabajar igual de bien que antes
☐ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
☐ No puedo realizar ningún trabajo
- 12 ☐ No me canso más que antes
☐ Me canso más fácilmente que antes
☐ Me canso por cualquier cosa
☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 ☐ Mi apetito no es peor de lo normal
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
☐ Mi apetito es ahora mucho peor
☐ He perdido el apetito

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☐



SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004
Prof. M.M. Casullo

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis María Martina Casullo, 1999/2004.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
 - 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo distórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) **Índice de Severidad Global:** es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) **Total de síntomas positivos (STP):** se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) **Índice de Malestar Positivo (PSDI):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

SCL-90-R
Adaptación LBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:
1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:
3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:
6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:
5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :
2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:
11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:
13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:
8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:
7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS):
Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP)
Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI)
Total:.....

ÍTEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

SCL-90-R
L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

☐ Mujer ☐ Varón

Educación:

☐ Primario incompleto ☐ Secundario incompleto ☐ Terciario incompleto
☐ Primario completo ☐ Secundario completo ☐ Terciario/universitario completo

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo/a
☐ Casado ☐ Separado ☐ En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

- 1.Dolores de cabeza.
- 2. Nerviosismo.
- 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
- 4. Sensación de mareo o desmayo.
- 5. Falta de interés en relaciones sexuales.
- 6. Criticar a los demás.

Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormir.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.
54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozar cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

[illegible]

SCL-90-R
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

CAPITULO X

REFERENCIAS

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80.

Chávez, L. E. O., Cabrera, T. D. J. V., Serrano, M. D. L. P., Rodríguez, C. C., & Latorre, M. L. Á. (2015). Propuesta de intervención con terapia familiar sistémica en la obesidad infantil. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3).

Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. Guilford Press.

Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2014). The influence of cognitive factors in the treatment of obesity: Lessons from the QUOVADIS study. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 157–161.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.004>

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2020). Personalized cognitive-behavioural therapy for obesity (CBT-OB): Theory, strategies and

procedures. *BioPsychoSocial Medicine*, 14, Article 5.

<https://doi.org/10.1186/s13030-020-00177-9>

Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity. *Archives of Internal Medicine*, 163(17), 2058–2065.
<https://doi.org/10.1001/archinte.163.17.2058>

Gimenez, M. S., Fioranelli, M. F., & Mc Allister, M. (2022). Cuerpo y goce: Aportes del psicoanálisis en la obesidad. En XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIX Jornadas de Investigación, XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional y IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Godoy, L., Herrera Ramírez, P., & Sánchez, A. (2025). Obesidad: Una perspectiva con enfoque biopsicosocial para su abordaje integral. *Journal of Behavior and Feeding*, 5, 56–63. <https://doi.org/10.32870/jbf.v5i9.77>

Guillén Riebeling, R. del S. (2024). Impulsividad y obesidad: Una relación multidimensional. *Psic-Obesidad*, 13(50), 11–18.
<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2023.13.50.88408>

- Herpertz, S., Burgmer, R., Stang, A., de Zwaan, M., Wolf, A. M., Chen-Stute, A., et al. (2006). Prevalence of mental disorders in normal-weight and obese individuals with and without weight loss treatment in a German urban population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.003>
- i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73365-0](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73365-0)
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2(4), 219–229. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x>
- Legenbauer, T., de Zwaan, M., Benecke, A., Mühlhans, B., Petrak, F., & Herpertz, S. (2009). Depression and anxiety: Their predictive function for weight loss in obese individuals. *Obesity Facts*, 2(4), 227–234. <https://doi.org/10.1159/000226271>
- Masheb, R. M., White, M. A., Toth, C. M., Burke-Martindale, C. H., Rothschild, B., & Grilo, C. M. (2007). The prognostic significance of depressive symptoms for predicting quality of life 12 months after gastric bypass. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 231–236. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.11.003>

McElroy, S. L., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E. B., Keck, P. E., & Nemeroff, C. B. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 634–651.
<https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0507>

Monardes-Seemann, C., Soto-Pérez, F., & González-Gil, F. (2011). Calidad de vida: Conceptos, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 2, 68–77.

Montejo Celis, J. E., González Romero, A., & Mata Essayag, S. (2002). Trastornos mentales en pacientes obesos. *Archivo Venezolano de Psiquiatría y Neurología*, 15–23.

Moore, R. H., Sarwer, D. B., Lavenberg, J. A., Lane, I. B., Evans, J. L., Volger, S., & Wadden, T. A. (2013). Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction. *Obesity*, 21(10), 1966–1974.
<https://doi.org/10.1002/oby.20398>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). *WHOQOL user manual*.

Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025). *Obesidad y sobrepeso*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025). *Prevención de la obesidad*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad> (paho.org)

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>

Ríos, B., Rangel, G., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., & Pantoja, J. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Med Gpo Ang.*, 6(4), 147-153.

Ruiz Acacio, E. A., Rojas Russell, M. E., Serrano Alvarado, K., & López Cervantes, M. (2017). Relación entre el sobrepeso u obesidad y la calidad de vida relacionada con la salud: El rol mediador y moderador de la ansiedad y la depresión. *Psicología y Salud*, 27(2), 189–198.

Sarwer, D. B., Lavery, M., & Spitzer, J. C. (2012). A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity Surgery*, 22(4), 668–676. <https://doi.org/10.1007/s11695-012-0588-1>

Steffen, K. J., King, W. C., White, G. E., Subak, L. L., Mitchell, J. E., Courcoulas, A. P., Flum, D. R., Strain, G., Sarwer, D. B., Kolotkin, R. L., Pories, W., & Huang, A. J. (2017). Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(2), 334–343. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.09.022>

Tapia, A. (2006). *Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad*. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2). Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología.

Tapia A. & Masson, L. (2006). Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 162–169. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182006000200005>

Van Hout, G. C., Van Oudheusden, I., & Van Heck, G. L. (2004). Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 14(5), 579–588.
<https://doi.org/10.1381/096089204323093345>

Villa, A., et al. (2004). Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. *Gaceta Médica de México*, 140(Suppl. 2), S21–S26.

Zaldívar, F., et al. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Medicina Clínica*, 133(6), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.10.038>

