

Análisis de Factores Psicológicos en Pacientes Obesos: Estudio Pre y Post Tratamiento

*Analysis of Psychological Factors in Obese Patients:
Pre and Post Treatment Study*

González Di Mura, Ma. Victoria *
Casari, Leandro **
González Pancher, Roberto J. ***
Vega, Ma. Del Rosario ****

Resumen

El presente trabajo tiene como objeto de estudio la obesidad en relación a distintos factores psicológicos: el autoconcepto, síntomas ansiosos, síntomas depresivos y predisposición para el cambio, en dos momentos precisos, al inicio y a la finalización de un tratamiento integral de obesidad, de 6 meses de duración, desde una perspectiva que rescata lo grupal y los posibles cambios que se pone en juego cuando distintos pacientes se someten al abordaje en este padecimiento.

El objetivo específico de investigación fue, en primera instancia, medir y describir los factores antes nombrados en los momentos: previo y posterior al tratamiento, para luego evaluar si existieron diferencias o mejoras significativas en éstos.

Los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron: Escala Verbal de Autoconcepto, Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo, Cuestionario de Depresión y una Escala de Predisposición para el cambio.

Los resultados obtenidos proporcionaron elementos para dar cuenta de los cambios significativos que existieron en los pacientes, en todos los factores psicológicos evaluados. Este efecto de mejora brindado por un método de abordaje de esta compleja enfermedad por parte de profesionales idóneos y pacientes comprometidos hacía el cambio, pone en evidencia la necesidad de acceder a programas integrales que busquen activamente revertir esta patología que se ha convertido en un drama para la salud mundial.

Palabras clave: Obesidad - Ansiedad - Depresión - Cambio - Tratamiento.

*Lic. en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza. Correo electrónico: victoriagonzalezdimura@gmail.com

** Dr. en Psicología. INCIHSA CONICET CCT Mendoza / Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza. Correo electrónico: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar

***Médico Clínico Cirujano Especialista en Obesidad. SAN Mendoza- SAOTA Mendoza. Correo electrónico: dr_gonzalezpancher@hotmail.com

****Lic. en Psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina, Sede Mendoza. Correo electrónico: vega.rosario@gmail.com

Fecha de recepción: 17 de mayo de 2017 - Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2017

Abstract

The present work study the obesity in relation to different psychological factors: the self-concept, anxious symptoms, depressive symptoms and predisposition for change, in two precise moments, at the beginning and at the end of an integral treatment of obesity, of 6 months of duration, from a perspective that rescues the group and the possible changes when different patients undergo treatment in this condition.

The specific objective of the research was, in the first instance, to measure and describe the aforementioned factors in two moments: before and after the treatment, then evaluate whether there were significant differences or improvements between this moments.

The instruments applied for the data collection were Verbal Scale of Self-concept, State-Trait Anxiety Questionnaire, Depression Questionnaire and a Predisposition Scale for Change.

The results obtained provided elements to account for significant changes that existed in the patients, in all the psychological factors evaluated. This effect of improvement provided by a method of approaching this complex disease by qualified professionals and patients committed to the change, highlights the need to access comprehensive programs that actively seek to reverse this pathology that has become in a serious problem for global health.

Key words: Obesity - Anxiety - Depression - Change - Treatment.

La Obesidad es un trastorno multifactorial, resultante de factores etiopatogénicos variados, cuyo padecimiento afecta las esferas bio-psico-social. Dentro de los cuales, los factores psicológicos están teniendo cada vez más peso, existiendo fuertes evidencias que apoyan el considerar la Obesidad como un trastorno mental y no solo orgánico (Rojas, Brante, Miranda & Pérez-Luco, 2011)

En este contexto, la obesidad (entendida antropométricamente como índice de masa

corporal [IMC] igual o mayor a 30), se asocia a una serie de complicaciones médicas, como el síndrome metabólico, la diabetes tipo II y cardiopatías, entre otras. Estos pacientes también presentan una *elevada comorbilidad psiquiátrica*, siendo las manifestaciones más frecuentes: ansiedad, depresión, autoconcepto negativo y trastornos de la conducta alimentaria (Rojas, et al., 2011).

Pietrzykowska y Wierusz-Wysocha (2008) plantearon que, aunque el conocimiento de los aspectos biológicos de sobrepeso y obesidad han aumentado muy rápidamente, los factores psicológicos asociados con este problema no han sido lo suficientemente considerados. Resulta muy importante la búsqueda de las causas y consecuencias psicológicas del sobrepeso y la obesidad.

Existen estudios que avalan las tendencias depresivas y ansiosas en obesidad, como así también el desarrollo de un autoconcepto negativo.

Una investigación, llevada a cabo en Chile, con 20 obesos mórbidos -15 mujeres y 5 varones- que buscó medir distintas manifestaciones ansiosas, depresivas y el auto concepto en estos pacientes, una semana antes de someterse a una cirugía bariátrica y 6 meses después de ésta, encontró que todos los índices mejoraron en la segunda medición (Rojas, et al., 2011).

Otra investigación que evaluó el autoconcepto en 849 sujetos con obesidad, encontró que dicha variable se encontraba gravemente deteriorada (Meza-Peña & Pompa-Guajardo, 2016).

Un grupo de autores (Jorm et al., 2013) implementaron un análisis comparativo correlacional, con 2.280 participantes estadounidenses, con distintos Índices De Masa Corporal que iban desde normopeso a obesidad mórbida. Su objetivo fue indagar la relación entre obesidad y ansiedad, depresión y bienestar emocional. Los autores concluyeron que la sintomatología ansiosa, depresiva y el malestar emocional es más elevada en pacientes obesos que en aquellos que no poseían la enfermedad. Considerando que la reducción de la obesidad en la población tenga efectos directos sobre la salud mental o el bienestar

emocional.

La experiencia aportada por la práctica clínica respecto de la obesidad, da cuenta de las dificultades que encuentran, tanto médico como paciente, para alcanzar el éxito del tratamiento. Los criterios favorables para la intervención terapéutica, se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso (5% -10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida en obesidades severas (Barbany y Foz, 2002; Salas-Salvadó, Rubio, Barbany y Moreno, 2007).

Con frecuencia, la valoración psicológica, queda por fuera de la evaluación general del paciente, resultando de relevancia sólo en situaciones extremas, como son las intervenciones quirúrgicas. En este sentido Weiss y English, ya en el año 1949 (citado en Parysow, 2005), comentan que el problema de la obesidad suele ser abordado desde un punto de vista puramente somático, es decir, en términos de calorías y de secreciones internas. Sin embargo, al tratarse de un problema mucho más amplio, debemos comprender la personalidad de los pacientes en los cuales se plantea la cuestión de reducir el peso. Por todo lo dicho, es indudable la necesidad de un abordaje multidisciplinario, en la que se observen las singularidades del paciente obeso en todas sus facetas. No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluido.

La intervención psicológica para sobrepeso y obesidad consta de una Evaluación y del Tratamiento propiamente dicho. En la Evaluación se realiza una entrevista clínica que evalúa hábitos de alimentación y de vida, cadenas conductuales que favorecen el comer desordenadamente, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, estrategias de afrontamiento del estrés, manejo de la ansiedad, ira, depresión, autoimagen, autoeficacia y autoestima, habilidades sociales, grado de motivación para el tratamiento. Los objetivos del tratamiento son modificar los hábitos de alimentación y de vida poco

saludables, y desarrollar el autocontrol emocional (Boris, 2006).

Estos objetivos se llevan a cabo a lo largo del tratamiento a partir de la Psicoeducación, técnicas de Autocontrol y de Relajación, el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Reestructuración Cognitiva (Beck) y las Autoinstrucciones (Meinchembaum), el Entrenamiento en solución de problemas, el mejoramiento de la autoestima, la planificación del tiempo, y por último se realiza una re-evaluación (Boris, 2006).

Distintos estudios muestran la utilidad de estos métodos para el tratamiento de la obesidad, dentro de las limitaciones que toda psicoterapia tiene en estos casos tan complejos. Frecuentemente, estos pacientes presentan comorbilidad psicológica en trastornos que pueden interferir en la adaptación y evolución del programa de tratamiento general y conviene detectarlos y diagnosticarlos al inicio, para poder prevenirlos y revertir la situación a tiempo (Lafuente, 2011).

La psicoterapia cognitivo-conductual pone el acento en “qué debería cambiar y cómo puedo hacerlo”. La tarea consiste en solicitar al paciente que observe primero su conducta, pensamientos y sentimientos así como la relación que existe entre ellos y sus hábitos alimentarios, de modo que permita buscar otras alternativas más beneficiosas que puedan ponerse en práctica en su vida diaria, para garantizar una pérdida de peso y mantenimiento posterior (Shaw, Rourke, Mar & Kenardy, 2009).

El objetivo de esta investigación fue evaluar las siguientes variables psicológicas al inicio y al finalizar un tratamiento integral de atención de obesidad: autoconcepto, síntomas ansiosos, síntomas depresivos y predisposición para el cambio.

Método

Diseño

Se realizó un estudio cuasiexperimental, pre-post de grupo único (Montero & León, 2007).

Participantes

El estudio contó con la participación de 31 pacientes en el inicio, de los cuales se sometieron al retest 27 de ellos, quienes finalizaron el tratamiento, 3 de estos últimos quedaron fuera del estudio por no cumplir con los criterios de inclusión. Se seleccionó una muestra cuyos requisitos indispensables -criterios de inclusión- fueron tener un IMC igual o mayor a 30 al inicio del tratamiento, que no haya iniciado ya o haya hecho previamente este método y ser mayor de 18 años (ver tabla 1). Su colaboración se llevó a cabo bajo consentimiento informado de los mismos.

Dos de los sujetos fueron excluidos del estudio por poseer un IMC menor a 30, ya que la institución trabaja también en la prevención de obesidad. El tercer sujeto no pudo formar parte de la muestra por haber hecho previamente el tratamiento, requisito excluyente para esta investigación.

La muestra final quedó conformada por 24 sujetos, donde el 58,3% fueron mujeres y el porcentaje restante hombres, 41,7%. La edad promedio del grupo fue de 39,6 (DE: 12, 15).

Todos los participantes se encontraban asistiendo a una clínica privada de atención integral a la obesidad, ubicada en la Ciudad de Mendoza.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de la muestra (antes y después del tratamiento) (N= 24)

IMC	M (DE)
Antes	39,604 (5,73)
Después	31,354 (5,4)

Instrumentos de Recolección de Datos

Escala Verbal de Autoconcepto (Pier-Harris, 1964, adaptada por Casullo, 1990): Es un cuestionario autoadministrable que focaliza en las percepciones conscientes que se tiene sobre sí mismo. Diseñado para evaluar el autoconcepto en

sus múltiples dimensiones: Comportamiento psicosocial, status intelectual, imagen corporal, ansiedad, popularidad, Bienestar y satisfacción:

La escala está compuesta por 80 ítems, donde se propone una opinión o sentimiento respecto a sí mismo, cuya respuesta debe ser "sí" o "no".

Para cada una de estas dimensiones selecciona doce indicadores. La presencia de seis de los mismos junto con la ausencia de los otros seis, permite obtener un puntaje bruto para cada uno, excepto de la dimensión Ansiedad, además de un puntaje global que se obtiene cuando se suman los seis puntajes parciales.

La escala puede ser utilizada en adolescentes y también ha sido empleada en estudiantes universitarios (Armesto, 2001).

El instrumento posee estudios de confiabilidad en sus dos dimensiones: Consistencia interna ($\alpha = .87$), así como estabilidad mediante el procedimiento test - retest (a los tres meses superior a .50) (Casullo, Askenazi & Leivobich De Figueroa, 1991).

Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) (adaptado en Argentina por Leivobich, 1991): La Ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La Ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E).

Mide dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Consta de 40 ítems, el cual se subdivide en 20 ítems para la escala que mide Ansiedad Estado, estos describen como se siente el sujeto generalmente, y 20 afirmaciones que describen como se siente el sujeto en un momento dado, esto último para medir Ansiedad Rasgo. La confiabilidad del instrumento es aceptable, evaluada a través

del Coeficiente Alpha utilizado como medida de consistencia interna ($\alpha = .90$), así como también a través de la correlación test-retest donde la escala de rasgo fue positiva y significativa entre ambas evaluaciones ($r = .73$). Además cuenta con evidencias de validez de criterio, donde se han encontrado correlaciones moderadas con escalas que miden constructos relacionados y pruebas de personalidad (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI) (Leibovich de Figueroa, 1991).

Inventario de Depresión (BDI II) (Beck, Steer, & Brown, 1996, adaptado por Brenlla & Rodríguez, 2006): Es un cuestionario auto-administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple, utilizado para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). El BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de auto-informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. En Argentina ha sido validado por Brenlla y Rodríguez, en 2006.

Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad y/o intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntos de corte utilizados para graduar la intensidad son: de 0 a 9 puntos: *no depresión*; de 10 a 18 puntos *depresión leve*; de 19 a 29 puntos *depresión moderada* y de 30 o más puntos *depresión grave* (Beck, Steer, & Brown, 1996). El instrumento fue adaptado con personas adultas divididos en tres grupos: pacientes externos, población general y estudiantes universitarios.

En la adaptación argentina del BDI-II, la confiabilidad fue adecuada tanto para la muestra de pacientes ($\alpha = ,88$) como para la muestra de población general ($\alpha = ,86$). La correlación entre test y retest indicó una correlación positiva y

significativa entre ambas evaluaciones ($r = .90, p < ,001$) (Brenlla & Rodríguez, 2006).

En cuanto a la validez de criterio, se han encontrado correlaciones significativas en muestras clínicas y no clínicas con escalas que evalúan constructos relacionados.

Escala de Predisposición para el Cambio –auto-elaborada-: Esta escala se llevó a cabo tras el estudio de la teoría del Modelo Transteórico del Cambio, de James Prochaska y Carlo Diclemente, en correlación con la filosofía interna de la institución que presta tratamiento a estos pacientes en particular. El modelo explica el cambio a partir de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, y terminación.

Para la creación del instrumento, se elaboró una lista preliminar de ítems (60), que fueron enviados a tres jueces expertos. Se calculó el grado de acuerdo, y se retuvieron aquellos ítems cuyo valor en el cálculo V de Aiken fuera superior a .75 en los indicadores: pertinencia, claridad y suficiencia. Se incorporaron además sugerencias a la redacción. Posteriormente se realizó una prueba piloto ($n = 10$) a pacientes con obesidad que no estaban en tratamiento, y se hicieron leves modificaciones en la redacción y orden de presentación de los ítems. La versión definitiva quedó conformada por 35 enunciados en los cuales el sujeto debía marcar utilizando el número de la escala que representara mejor la frecuencia con que últimamente le ocurrían las afirmaciones que allí se presentaban. Cuyas respuestas representa una escala progresiva que iba desde la ausencia total hasta la presencia intensa de estas conductas siendo las respuestas: (0) No, en lo absoluto en mi caso; (1) Algunas veces en mi caso; (2) Bastante veces en mi caso y (3) Muchas veces en mi caso.

Procedimiento

La primera toma de contacto con el campo de trabajo fue llevada a cabo con el equipo de profesionales de la institución a quienes se les explicó

los fines de la investigación, las técnicas que se les administrarán a los pacientes que deseen, de manera voluntaria, colaborar con el estudio.

La recolección de datos consistió en evaluar con los instrumentos de forma individual a los participantes, en dos momentos fundamentales: al inicio y a la finalización del tratamiento. Se administraron estas técnicas a 31 pacientes antes de que comencarán el programa, de los cuales terminaron 27 de ellos, quienes fueron evaluados nuevamente.

El procedimiento a seguir desde la toma de contacto hasta el abandono del campo y análisis de los datos:

- Primer encuentro: Consistió en la presentación y firma del consentimiento informado. Se administró la escala de Autoconcepto y cuestionario de Ansiedad.
- Segundo encuentro: Se administró el cuestionario de Depresión y escala de Predisposición para el Cambio.
- Tercer encuentro: Se hizo una pequeña devolución a los pacientes, lo cual fue acordado previamente con los profesionales de la institución.

Estas entrevistas fueron repetidas una vez finalizado el tratamiento. Posteriormente al abandono del campo de estudio se llevó a cabo el análisis de datos recabados, conclusiones y discusiones.

Análisis de Datos

Se utilizó el software SPSS versión 23.0, para el cálculo de estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje) y comparación entre las medias de las dos mediciones (antes/después) con los cuatro instrumentos mencionados anteriormente mediante la prueba *t* para muestras emparejadas, para evaluar la existencia de diferencias significativas.

Resultados

En función del objetivo de investigación se llevó a cabo el análisis de los resultados (ver tabla 2)

En el autoconcepto se encontraron diferencias significativas en todas sus subdimensiones. En casi todos los casos, los valores tendieron a aumentar en la segunda evaluación, a excepción de Ansiedad que disminuyó. El tamaño del efecto calculado a través de la *d* de Cohen fue medio en dos casos: Status Intelectual ($d= 0.73$), Popularidad y Aceptación Social ($d= 0.65$). El tamaño del efecto mayor fue registrado la dimensión Imagen Corporal, el cual fue igual a 2.89.

Del mismo modo, los parámetros de ansiedad presentaron diferencias estadísticamente significativas disminuyendo en la segunda toma, tanto en la ansiedad como estado como en la ansiedad rasgo. El STAI-E registró una reducción de 8,47 puntos en su medias entre la medición previa ($M = 40,37$) y posterior al tratamiento ($M = 31,9$), En el STAI-R la reducción fue de 14,88 puntos entre la medición previa ($M = 51$) y la posterior ($M = 36,12$). Con un tamaño del efecto mayor en la segunda categoría.

Los datos recabados con el inventario de depresión –BDI II-, mostraron variaciones significativas en las medias entre las mediciones pre-post. En la evaluación posterior al tratamiento, se observó un aumento de 16,13 puntos respecto de su primera media, siendo 21,67 y 5,54 respectivamente. El tamaño del efecto fue grande ($d= 1.94$)

Por último, la Predisposición para el Cambio, muestra diferencias significativas en todas sus etapas, excepto en el estadio Contemplación ($p > .05$). En la primera administración de la escala, antes de que comiencen el tratamiento, los participantes- a nivel grupo- arrojaron la puntuación más alta en la etapa Contemplación con una media igual a 15,5, mientras que en el retest el puntaje más alto corresponde a la etapa Acción y Mantenimiento ($M=18,12$). La etapa que arrojó mayor diferencia significativa fue Terminación con un tamaño del efecto igual a 6.31 (Tabla 2)

Tabla 2
 Comparaciones de valores pre-post tratamiento (N=24)

	Antes (n=31)	Después (n=24)			
	M (DE)		t	p	d
Comportamiento Psicosocial	13,45 (1,28)	15,20 (2,28)	4,02	<0,01	.94
Status Intelectual	13,20 (2,04)	15,62 (4,16)	3,77	<0,01	.73
Imagen Corporal	13,91 (1,79)	19,95 (2,34)	9,18	<0,001	2.89
Ansiedad	20,04 (1,30)	15,75 (3,03)	-7,43	<0,001	1.84
Popularidad o Aceptación Social	14,25 (1,59)	15,75 (2,92)	3,89	<0,01	0.65
Bienestar y Satisfacción	13,12 (1,07)	16,66 (3,10)	5,14	<0,001	1.52
Ansiedad Estado	40,37 (10,67)	31,9 (7,65)	3,69	<0,01	.91
Ansiedad Rasgo	51 (11,64)	36,12 (4,83)	6,97	<0,001	1.66
Depresión	21,67 (11,5)	5,54 (2,18)	7,11	<0,001	1.94
Precontemplación	3,95 (3,29)	0,54 (0,72)	5,20	<0,001	1.43
Contemplación	15,50 (3,14)	16,50 (1,58)	-1,51	n.s.	.40
Preparación	10,12 (3,59)	16,41 (1,76)	-8,58	<0,001	2.22
Acción y Mantenimiento	3,37 (2,69)	18,12 (2,09)	-17,62	<0,001	6.12
Terminación	1,87 (1,72)	16,04 (2,66)	-20,99	<0,001	6.31

Discusión

La presente investigación se propuso analizar los posibles cambios que se producían en variables psicológicas, antes y al cabo de 6 meses, en pacientes obesos que formaron parte de un programa de abordaje integral de obesidad.

En función de los resultados obtenidos se permite inferir que los pacientes que deciden tratarse mejoran significativamente sus características psíquicas, poniendo en evidencia, lo ya expresado por literatura precedente a cargo del Dr. Braguinsky, la necesidad de revertir esta problemática de salud pública a través de un tratamiento a cargo de profesionales idóneos, que trabajen interdisciplinariamente para dar solución a esta compleja enfermedad (Braguinsky, 2007).

Los resultados de la investigación en relación al autoconcepto son coherentes con investigaciones antes señaladas que evidencian que éste se incrementa significativamente a los seis meses después de la una intervención bariátrica con la consecuente disminución de peso. Los pacientes evaluados en dicha investigación muestran una autopercepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima. Además se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas. Sin embargo los otros constructos en relación al autoconcepto no presentaron diferencias significativas (Rojas, et al., 2011).

Así mismo, otro estudio antes señalado, llevado a cabo en México, con 849 participantes de ambos sexos, buscó evaluar el autoconcepto en jóvenes obesos, señalando la predominancia de un autoconcepto negativo en los pacientes evaluados (Meza-Peña y Pompa-Guajardo, 2016).

Conclusiones similares en torno a la sintomatología ansiosa, depresiva y el malestar emocional corresponde a estudios citados anteriormente. Cuyos autores afirman que estas características son más predominante en pacientes con obesidad que en la población no obesa evaluada (Jorm et al., 2013). Lo cual se encuentra en concordancia con los resultados hallados en la primera evaluación de esta investigación puesto

que los pacientes presentan puntuaciones altas en la ansiedad como estado y como rasgo, como así también en la sintomatología depresiva.

Respecto de la Predisposición para el Cambio no se encontraron en la literatura existente investigaciones que relacionen obesidad con la tendencia al cambio, sin embargo, muchos autores (Braguinsky, 2007; Lafuente, 2011; Ravenna, 2005) han concordado en consideran a obesidad como un trastorno adictivo y no solo orgánico, lo cual tiende a poner en alce la necesidad que los pacientes con esta patología deben ser evaluados en la variable de interés hacia el cambio, en la etapas planteadas por los estudios del tema (Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento y Terminación).

Podemos concluir que el tratamiento de esta problemática, abordada desde una perspectiva integral que reconozca y atienda a todos los factores que la componen, desde su etiología biológica, psíquica y social, conlleva a la mejora sintomática en un lapso corto de tiempo.

Desde esta investigación no se pretende negar el peso que tienen los factores genéticos, metabólicos y socio-ambientales involucrados, sino más bien, profundizar en la comprensión de la influencia que tienen las características psíquicas en obesidad y evaluar la posibilidad de mejora de éstas, luego de ser tratados por profesionales idóneos.

Por último, es importante enfatizar en el rol del psicólogo dentro de un equipo interdisciplinario en el tratamiento de esta compleja patología. 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.-. Realizando una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema. En el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las características psicológicas es tan fundamental como los demás factores

etiopatogénicos, ya sea que éstas se encuentren en la génesis de la obesidad, sean consecuencia de ésta o simplemente estén presentes simultáneamente.

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 psicoeducación, fortalecimiento y facilitación de la 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.

Finalmente, es necesario mencionar ciertas limitaciones.

En primer lugar, no contar con un grupo control, que permita comparar los puntajes de ambas evaluaciones. En segundo, sólo se realizaron dos mediciones de las variables implicadas (pre test – post test), no incluyendo mediciones intermedias en el proceso, como tampoco medidas de seguimiento para evaluar la estabilidad de los cambios producidos. Futuras investigaciones podrían considerar las presentes limitaciones.

Referencias

- Arellano Montaña, S; Bastarrachea Sosa, R.; Bourges Rodríguez, H.; Calzada León, R.; Dávalos Ibañez, A.; García, E.;...; Zúñiga Guajardo, R. (2004). La obesidad en México. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Grupo para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12, 80-87.
- Armesto, M. C. (2001). Creatividad y autoconcepto: Un estudio con estudiantes de Psicología. *Interamerican Journal of Psychology*, 35(1), 79-95.
- Barbany, M. y Foz, M. (2002) *Obesidad: Concepto, clasificación y diagnóstico*. Secretaría de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple2a.html>
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition*. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Braguinsky, J. (2007) *Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de obesidad* (PP.73-99) Argentina: Ed. Medica A.W.W.E.
- Casullo, M. M. (1990). *El Autoconcepto: Técnicas de evaluación*. Bs. As: Psicoteca
- Casullo M. Askenazi, M. & Leivovich De Figueroa, N. (1991) *Las técnicas psicométricas y la evaluación psicológica*. Buenos Aires: Tekné.
- Ferreres, J. (2013). La obesidad de los argentinos. La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1644903-la-obesidad-de-los-argentinos>
- Jorm A. F., Korten A. E., Christensen H., Jacomb P. A., Rodgers B. & Parslow R. A. (2013) Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 4 (27) Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-842X.2003.tb00423.x/full>
- Lau, E.; Carvalho, D.; Pina-Vaz, C.; Barbosa, J. A. & Freitas, P. (2015). Beyond gut microbiota: understanding obesity and type 2 diabetes. *Hormones (Athens)*, 14 (3): 358-69. Recuperado de: <http://www.hormones.gr/8561/article/beyond-gut-microbiota:-understanding-obesity%E2%80%A6.html>
- Lafuente, M. D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (14) pp. 1490 -1504. Recuperado de: http://www.tcasevilla.com/archivos/tratamiento_cognitivoconductual_de_la_obesidad.pdf
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). *Ansiedad, Algunas Concepciones Teóricas y su Evaluación*. Bs. As: Ed. Psicoteca

- Meza-Peña, C. Y Pompa-Guajardo, E. (2016). Obesidad y autoconcepto en una muestra de adolescentes de México. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte- RICYDE*, 44 (XII), pp. 137-148. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/710/71044746005.pdf>
- Parysow, R. (2005). *Aspectos psicológicos en obesidad: Un intento de interpretación*. Tesina de Grado para la obtención del título de Licenciatura en Nutrición (inédita), Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- Piers, E.V. & Harris, D. (1964). Age and other correlates of self-concept in children. *Journal of Educational Psychology*, 55, 91-95.
- Pietrzykowska, E. & Wierusz-Wysocha, B. (2008) Psychological aspects of overweight, obesity and dieting. *Merkur Lekarski*, 24 (143) Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18634399>
- Ravenna, M. (2005). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna
- Rojas, C; Brante, M; Miranda, E y Pérez- Luco, R (2011), Descripción de Manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica, *Revista Médica de Chile* 5 (139), 571-578. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500002
- Sánchez-Castillo, C. P y Pichardo-Ontiveros, E. (2004) Epidemiología de la obesidad. *Medigraphic Artemisa*, 2 (140). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042b.pdf>
- Shaw K, O'Rourke P, Mar C & Kenardy J. (2005) *Psychological interventions for overweight*. The Cochrane Librar. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.>